

UNIVERSIDAD AMERICANA.

FACULTAD DE MEDICINA.



Aspectos médico-legal de niños fallecidos a causa de Maltrato Infantil valorados en el Instituto de Medicina Legal en Managua Nicaragua en los años 2005 - 2007.

AUTORAS:

- BR. TANIA ELENA ESTRADA RIVERA.
- BR. TATIANA MOLINA SANCHEZ.

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL GRADO DE:

MEDICO Y CIRUJANO.

PROFESOR TUTOR: DR. OSCAR BRAVO FLORES.

ESPECIALISTA EN MEDICINA FORENSE.

Managua-Nicaragua 09 de febrero del 2009.

DEDICATORIA.

A Dios, por ser la luz de mi sendero. A mis padres que han sido y
Serán la mano única de ayuda , incondicional a lo largo de mi vida. A mi
Hermano e hija quien ilumina mi existir.

A mis docentes, por su calidad y paciencia de transmitir y compartir sus
Conocimientos.

A mi futuro esposo por su amor y apoyo.

Tania Estrada

DEDICATORIA.

Dedico con todo mi amor esta monografía, insignia de mis esfuerzos y mis sueños a mis adorados abuelos José María Sánchez y Matilde García de Sánchez, los cuales con sus sacrificios, abnegaciones y consejos han logrado mi formación.

Tatiana Molina.

AGRADECIMIENTOS.

A nuestro tutor Dr. Oscar Bravo que siempre estuvo disponible con sus valiosos consejos para que este trabajo investigativo se llevara a cabo.

Al personal del Instituto de Medicina Legal de Nicaragua que nos brindó ayuda facilitándonos los expedientes clínicos solicitados.

Tania Estrada

Tatiana Molina.

RESUMEN

El presente estudio; Aspectos médico-legal de niños fallecidos a causa de maltrato infantil valorados en el Instituto de Medicina Legal en Managua Nicaragua. En los años 2005 – 2007, realizó previa aprobación de dicho instituto.

Los datos fueron recopilados de los expedientes medico legales a través de formulario clínicos que engloban la situación socio demográfica y los aspectos médico legales de cada caso a estudio .

Entre las variables sociodemográficas que se utilizaron están sexo, edad, escolaridad, distrito policial.

Con respecto a los aspectos médicos legales, se investigó sobre la participación del médico forense en el levantamiento del cadáver, la localización de la escena de la muerte; antecedentes asociados , el mecanismo de muerte utilizado, hallazgos toxicológicos, el tipo de autopsia realizada, tomando en cuenta los dictámenes, oficios policiales y de levantamiento de la Policía Nacional.

Los resultados obtenidos del estudio indican que de un total de 39 casos de niños fallecidos por maltrato infantil, a los cuales se realizó autopsia judicial, el

sexo predominante fue el masculino, encontrándose el mayor rango de edad entre 11-15 años procedentes del área urbana, el tipo de lesión mas relevante fue Herida por arma de fuego.

También se encontró una alta relación del parentesco de la víctima con el agresor, siendo actos antisociales y luego la madre.

Se analizarón y discutieron los resultados y se comparó con la bibliografía existente, extranjera y nacional, coincidiendo en rango, sexo y mecanismo de muerte.

Se concluye que los resultados de este estudio confirman la importancia que Implican los datos de la autopsia judicial, para un mejor abordaje del fenómeno.

ÍNDICE.

I.	INTRODUCCIÓN.	2
II.	ANTECEDENTES.	7
III.	JUSTIFICACIÓN.	10
IV.	OBJETIVOS.	12
	Objetivo general:	12
	Objetivos específicos:	12
IV.	MARCO TEÓRICO.	13
4.1.	Maltrato infantil.	13
4.1.1.	Acepciones del Maltrato Infantil.	17
4.2.	Tipología y Clasificación de Maltrato Infantil.	18
4.2.1.	Clasificación del maltrato infantil.	21
4.3.	Factores de riesgo asociado a maltrato infantil:	22
4.3.1.	Factores de compensación:	25
4.3.2.	Factores precipitantes:	26
4.3.3.	Factores de riesgo de las negligencias.	27
4.3.4.	Factores de riesgo del abuso físico.	28
4.4.	Autopsia judicial.	30
4.5.	Mecanismo de muerte:	33
4.5.1.	Asfixias mecánicas.	33
4.5.2.	Quemaduras Provocadas.	35
4.5.3.	Lesiones de Piel y Mucosas.	37
4.5.4.	Fracturas y Lesiones Óseas.	37
4.5.5.	Traumatismo Craneoencefálico Provocado.	39
4.5.6.	Lesiones viscerales: torácicas y viscerales.	41
4.5.7.	Intoxicación como forma de maltrato:	46
4.6	Diagnóstico por la imagen en el maltrato infantil.	49
	Radiología convencional.	50
4.6.2.	Radiografías de extremidades.	50
4.6.3.	Radiografía de cráneo.	54
4.7.	Aspectos médico legales del maltrato infantil.	55
4.7.1.	Papel del médico forense en el maltrato infantil.	58
4.8.	Prevención del Maltrato Infantil.	60
4.8.1.	En el ámbito de la escuela.	61
4.8.2.	En el ámbito de los niños en conflicto con la ley penal.	61
V.	Diseño metodológico.	64
VI.	Análisis y discusión de los resultados.	71
VII.	Conclusión.	84
VIII.	Recomendaciones.	86
IX.	Bibliografía.	87
X.	Anexos.	88

I. INTRODUCCIÓN.

El fenómeno del maltrato infantil (MI) es tan antiguo como la humanidad; sin embargo, es recién a partir del siglo XIX que la sociedad comienza a tomar conciencia del problema.

Progresivamente han surgido respuestas contra la crueldad y la violencia hacia los niños. En 1959, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) proclaman la Declaración de los Derechos del Niño, concretada en un decálogo de diez principios, que a pesar de no tener basamento jurídico vinculante tuvo un gran poder moral. En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño.

En la actualidad aun se debate cual es la definición más apropiada sobre Maltrato Infantil, pero es evidente que desde la primera descripción de este síndrome en 1962 por Kempe, en la que se describía el maltrato físico, este concepto ha evolucionado notablemente, y hoy en día esta idea de maltrato engloba no solo al maltrato de tipo físico, sino también a toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño; toda forma de maltrato interfiere en el óptimo desarrollo físico, psicológico, emocional y/o como ser social. Bajo cualquier forma de maltrato está presente la pérdida de los derechos del niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989.

Esta ampliación del concepto de maltrato infantil ha hecho que este fenómeno se enfocara por distintos grupos de investigadores bajo dos aspectos fundamentales: El abordaje Médico-Clínico y el enfoque Social y Jurídico.

El abordaje Médico-clínico será aquel que perfilaría y concretaría las distintas presentaciones y signos corporales del maltrato en el niño; su expresión más clara seria: El Síndrome del Niño Apaleado, Los Abusos Sexuales y El Síndrome de Privación o Abandono. Por otro lado, el Maltrato Social se caracterizaría por un intento de abarcar todas aquellas situaciones capaces de repercutir en el desarrollo de la infancia atentando contra sus derechos.

El maltrato infantil, el abuso sexual infantil en particular y la violencia contra los niños en general, constituyen uno de los principales problemas de salud pública que enfrentan los países de Las Américas y la Península Ibérica, tanto por la magnitud del dolor humano que representan como por constituirse, sin lugar a dudas, en uno de los principales generadores y perpetradores de la violencia cotidiana, intrafamiliar y extrafamiliar, explícita u oculta, psicológica o física, que determinan la expresión de un estilo de relación entre los seres humanos.

El maltrato infantil, y su forma más grave, el infanticidio, han existido siempre; y sin temor a equivocarnos, podemos afirmar que el maltrato y el infanticidio son en nuestros países una realidad extremadamente grave. Ninguna institución Estatal, u Organismo no gubernamental puede hacer un cálculo preciso sobre el número de niños, niñas y adolescentes maltratados en nuestros países; sólo tenemos evidencias imprecisas del problema por la falta de conocimiento de los criterios diagnósticos, lo que impide que numerosos casos se registren como maltrato infantil y pasen en general desapercibidos para el personal de salud, de educación, la justicia y de otros sectores que atienden niños y niñas.

Estudios realizados por investigadores sociales, específicamente enfocados en la problemática de los niños y niñas, han obtenido a través de sus estudios información de mucha utilidad, la que ha permitido identificar tres formas de maltrato infantil:

- a)** El de aquellas situaciones objetivas capaces de maltratar a la infancia, pero no atribuibles directamente a los adultos relacionados con el niño (maltrato socioeconómico).
- b)** Aquellas otras situaciones objetivamente mal tratantes para el niño, con responsabilidad por parte de los adultos próximos al niño, aunque sin intención directa de maltratarlos. (No deliberada)
- c)** Todos los casos de maltratos objetivo, en los que existe intencionalidad y responsabilidad directa por parte de los adultos próximos al niño; en ello se incluirían todas las formas de malos tratos físicos, sexuales, moral, e infanticidios, etc.

De los tres tipos de maltratos considerados, el maltrato socioeconómico se define como el conjunto de circunstancias económicas, culturales, sociales y psicosociales, que determinan y hacen que exista socialmente una clase de niños que comparados con otros en circunstancias diferentes, no van a desarrollarse con la misma competencia, capacidad y posibilidades de acceso a los servicios públicos que los demás.

Hoy en día se considera Maltrato Infantil "cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo", considerada por el Centro Internacional de la Infancia de París.

En Nicaragua al igual que muchos países de Latinoamérica, miles de niños no escapan del flagelo del Maltrato infantil, manifestado en todas las formas antes descritas. Durante la década de los años setenta se desarrollaron muy pocas acciones como prioridad gubernamental y de grupos sociales en beneficio de la niñez. Es oportuno aseverar que fue hasta la década de los años ochenta en donde la sociedad nicaragüense y el gobierno comienza a manifestar interés y preocupación por este sector de la sociedad, implementando programas sociales centrados en la atención de estos grupos, a través de la creación de guarderías, acceso a la salud y educación, como también campañas de educación masiva dirigida a los diversos sectores de la sociedad.

Otros aspectos que no podemos omitir ha sido la promulgación de leyes tendientes a proteger los derechos de los niños (Código de la Niñez y la Adolescencia, 1995), la creación del Ministerio de la Familia (1996), como también la creación de la Ley 260 (Ley Orgánica del Poder Judicial) y consecuentemente a esta ley la creación el Instituto de Medicina Legal, centro de referencia en donde se realizan los peritajes médico legal de los casos denunciados por maltrato infantil, como también la realización de autopsias judiciales en casos de menores de edad fallecidos en circunstancias sospechosas de criminalidad, en donde los resultados (el dictamen médico legal) hasta el día de hoy ha constituido una prueba científico técnica fundamental para el esclarecimiento de hechos que involucran muertes a causa de Maltrato Infantil.

El estudio consta de tres partes; La primera parte se caracteriza por descubrir el -¿porqué de este trabajo?, haciendo un énfasis particular en el problema a través del desarrollo del planteamiento y formulación del problema, así mismo se trazan los objetivos que direccionaron ésta investigación.

La segunda parte consiste en la elaboración del marco teórico donde describe el tema para darle la sustentación científica al mismo, para así tener el hecho claramente definido y delimitado a través del apoyo de diversos autores especialistas sobre el tema. Así mismo, en esta parte se relaciona el hecho con la educación y sobre todo con el aprendizaje, donde se define claramente la incidencia de este problema con el educando y tomándose en cuenta la importancia y la relación médico legal.

Finalmente se presentan los resultados y las conclusiones obtenidas en la investigación, y recomendaciones para todo aquel que esté involucrado, así como los estados políticos y programas sociales. Con las perspectivas de disminuir y prevenir el fenómeno del maltrato infantil.

Lo novedoso del trabajo de investigación es que destaca la importancia del fenómeno de Maltrato Infantil. El abordaje medicolegal, razón que nos motivó y despertó la necesidad de llevar a cabo el presente estudio en el Instituto de Medicina Legal de la ciudad de Managua; cuyo objetivo es demostrar y esclarecer a través de estudios anatomopatológicos (autopsias medicolegales), los vínculos de responsabilidad de terceras personas a hechos relacionados con muertes violentas en niños, cuyas cifras estadísticas actuales demuestran el incremento de fallecidos por esta causa, para lo cual se realizó una revisión de todos los expedientes de los casos reportados como niños fallecidos por maltrato infantil del Instituto de Medicina Legal en los años 2005-2007.

Por tal razón, en el presente estudio destacamos la importancia de la autopsia judicial, como un procedimiento médico legal que contribuye a esclarecer la causa y naturaleza de muerte.

Por otra parte, las disposiciones legales, reflejo de una conciencia social más amplia, han dotado a los menores de un marco legal jurídico de protección que empieza por la propia sociedad. También es de considerar que el estudio médico legal permite conocer el fenómeno más que desde un interés jurídico, nos permite conocer las dimensiones sociales, económicas, culturales, como también sus factores etiológicos y pre disponentes; todo esto nos aporta la información necesaria para la formulación oportuna de las políticas, planes y estrategias intervención para prevenir y disminuir el maltrato infantil. Así, todos los ciudadanos que detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, tienen la obligación de prestar auxilio inmediato y comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos.

Por consiguiente, consideramos que esta investigación es importante por su relevancia en términos de aportes científicos, social y de conocimiento de esta materia.

II. ANTECEDENTES.

Los malos tratos en la infancia ha sido un fenómeno constante en la historia, que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos; incluso en diferentes culturas los promueven, como es el sacrificio niños a los dioses, el infanticidio de niñas.

En la Biblia se citan algunos ejemplos de infanticidio., por ejemplo, en el Génesis se describe la exigencia celestial al profeta Abraham para sacrificar a su hijo Isaac; Moisés se salvó de un infanticidio masivo ordenado por los Faraones egipcios. Sin embargo, el problema del maltrato infantil se identifica hasta la década de los años sesenta con algunos esfuerzos de asociaciones civiles interesadas en el estudio y tratamiento de la violencia infantil.

La violencia hacia los niños se ha manifestado de formas muy diferentes, siendo el maltrato físico, el infanticidio, solo una de ellas, puede que no la más frecuente, junto con el maltrato emocional, negligencia, abandono, explotación laboral, abuso sexual, etc., reconociéndose los derechos de los niños y creándose leyes encaminadas a la protección de la infancia fundamentalmente durante el siglo pasado.

Las referencias históricas de la niñez en cuanto a la educación, rol social, forma de vida, y sus derechos en la antigüedad son escasas. En cuanto a la escasez de datos ha llevado a afirmar que la historia de la niñez “no se ha escrito y es dudoso que pueda ser escrita algún día”.

Los datos que conocemos hacen referencia, en mayor medida, a la discriminación, maltrato y no reconocimiento del niño como objeto de derecho.

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002) y el Informe sobre la Violencia contra los Niños de la ONU, realizado por el experto independiente Paulo Sérgio Pinheiro (2006), describe como: La violencia es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a sus supervivencia, desarrollo o dignidad.

Estados Unidos, 1998 un estudio realizado por Wang y Daro sobre la prevención del Maltrato Infantil en América encontró que 47 de cada 1000 niños y niñas eran maltratados, que más de 3 niños mueren diariamente por maltrato infantil o descuido, siendo los más pequeños los que están en mayor riesgo de morir, ocupando el maltrato infantil el segundo lugar como causa de muerte en los menores de 5 años después de los accidentes.

México, Hospital “Federico Gómez”, 1980-1988: de 74 pacientes ingresados por maltrato infantil se encontró que los más afectados eran los menores de 1 año y las edades de los padres predominantemente oscilaban entre los 20 – 29 años con un estado civil casados en el 42 por ciento de los casos; 40 por ciento de éstos menores eran el primogénito de los padres.

La mortalidad infantil en nuestro medio.

Nicaragua: Es considerado el segundo lugar con mayor prevalencia de violencia doméstica en Latinoamérica.

La violencia por motivos de género es tal vez la violación de los derechos humanos más generalizada y “tolerada” socialmente. El costo para las mujeres, sus hijos e hijas, sus familias y sus comunidades, es un obstáculo sustancial para reducir la pobreza, lograr la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y alcanzar los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

La violencia intrafamiliar y la sexual ejercida por hombres (padre, abuelo, padrastro, tío, primo, hermano, conocidos) se perfila como punto de origen de otros tipos de violencia. El trasfondo radica, entre otras causas, en la visión de inferioridad y debilidad que se tiene de la niñez y en el predominio de relaciones de poder desigual entre géneros y generaciones.

Algunos datos de mortalidad por maltrato infantil.

No es posible cuantificar su prevalencia debido a la dificultad de su diagnóstico y las diferentes variantes que existen, pero datos registrados en Estados Unidos muestran su elevado impacto. (Saludpress, 14 de mayo de 2007).

“Entre uno y dos millones de niños son maltratados al año, unos 100.000 sufren lesiones graves y de éstos el 20 y el 30% presenta secuelas a nivel del sistema nervioso central”.

No hay una única causa que explique el maltrato sino que existen múltiples factores, siendo los más frecuentes: los conflictos de pareja, la adicción a las drogas por parte de los padres, la agresividad de los mismos, el estrés, el ser hijos no deseados o presentar malformaciones o deficiencias o ser hiperactivos. A estas causas se asocian problemas socio-económicos.

Entre las distintas formas de maltrato infantil que existen (físico, moral o psicológico, abuso sexual y explotación laboral) el abuso sexual es el más grave y más difícil de diagnosticar.

III. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación monográfica tiene como único propósito abordar un tema que ha sido de gran impacto social y que aun se guarda silencio y que por medio de autopsias medico legales se dará a conocer el mecanismo, causa y manera de muerte.

En muchos de los casos, este fenómeno ya viene acompañando al niño(a) desde sus primeros años en el seno familiar y este problema se acentúa e incide durante el proceso de aprendizaje del niño(a) en las aulas de su centro escolar.

No obstante, con este estudio se pretendió profundizar conocimientos sobre el fallecimiento del menor por maltrato infantil de carácter invisible o indeleble.

Es importante resaltar que a pesar de que las cifras que se manejan de manera oficial son altas, estas corresponde solo al número de aquellas/os que denuncian o reciben atención. El resto, la gran mayoría de los casos continúan en el silencio, un secreto resguardado por mitos y tabúes sociales, y reforzado por el desconocimiento de las dificultades de acceso a la justicia que enfrentan muchas de los infantes agredidos que denuncian, contrastados con la impunidad que rodea comúnmente a los agresores en el país.

Por el gran impacto que ha tenido durante siglos, en Nicaragua y debido a las distintas formas de maltrato que lleva como fin la muerte, consideramos necesario identificar los aspectos médico-legales del niño fallecido por maltrato infantil valorado en el Instituto de Medicina Legal en el período comprendido del año 2005 al año 2007.

La importancia del abordaje médico legal del maltrato infantil, o cualquier otra forma de violencia, que derive personas lesionadas vivos (sobrevivientes) y/o fallecido, que permite conocer el fenómeno aun de la perspectiva eminentemente jurídica, nos permite conocer las dimensiones sociales, económicas, culturales como también factores etiológicos y factores predisponentes del fenómeno. Todo nos aporta información de mucho valor y utilidad necesaria para la formulación oportuna de las políticas, planes y estrategias dirigidas a la intervención para disminuir y prevenir el maltrato infantil.

IV. OBJETIVOS.

Objetivo general:

1. Identificar los aspectos médico-legales de niños fallecido a causa de Maltrato Infantil valorados en el Instituto de Medicina Legal de Managua Nicaragua en el período comprendido entre el año 2005 al año 2007.

Objetivos específicos:

1. Determinar la situación socio-demográfico de la población infantil a estudio.
2. Establecer los agentes lesivos encontrados en los niños maltratado.
3. Determinar la relación de la víctima con el agresor.
4. Identificar el mecanismo de muerte del menor y los hallazgos postmortem más representativo.
5. Determinar el tipo de estudio postmortem realizado a las víctimas.

IV. MARCO TÉORICO.

4.1. Maltrato infantil.

En Nicaragua, al igual que en muchos países de la región latinoamericana, la violencia infantil está asociada a factores económicos, sociales, culturales y educativos, los que se han agudizado por los conflictos armados anteriores. No existen registros de casos que se susciten en clases económicas privilegiadas debido a que éstas tienen más posibilidades de “esconder o silenciarlo” la acción, mientras que las clases económicamente desposeídas tienen que acudir al sector público para la atención médica y/o demanda de justicia.

Esta situación genera sub registros de la información, que aunado al desconocimiento de criterios clínicos para la captación del maltrato infantil y los procedimientos para su referencia a las instancias correspondientes impiden conocer la verdadera incidencia de esta.

a. Situación en América latina.

Rasgos generales:

Aunque se desconocen las dimensiones reales del problema de la violencia física y la negligencia contra niñas y niños en la región de América Latina y el Caribe, se tienen motivos para creer que éste es sumamente elevado. Estudios recientes reportados por UNICEF estiman que alrededor de seis millones de niñas, niños y adolescentes –de un total de 185 millones- son objeto de violencia física severa. De estos 80,000 mueren cada año como consecuencia de la violencia en el interior de sus propias familias. De hecho, se reconoce que el maltrato físico severo y el homicidio infantil tienen como perpetradores principales a los miembros más cercanos de la familia, incluyendo a los progenitores.

El rasgo más común en torno al abuso físico en la región latinoamericana es la mayoría de los casos, que el padre es el principal agresor y las consecuencias de su abuso son más graves que el ocasionado por la madre u otras figuras familiares; el abuso materno por lo general va concomitante al abuso paterno; la gran mayoría de quienes maltratan a sus hijas e hijos también fueron maltratados en su infancia; mas de la mitad consumen alcohol o drogas, o ambos; el maltrato se presenta en todas las clases sociales, siendo los grupos más vulnerables las niñas y niños de la calle, y los menores entre uno y cinco años. Entre las manifestaciones clínicas presentan: bajo peso, con retraso o defectos congénitos, con enfermedades crónicas o recurrentes. Otro elemento es que las niñas y adolescentes ya figuran como empleadas en labores domesticas.

Es un hecho que en la mayoría de los países latinoamericanos solo se cuenta con información parcial e incompleta en relación con este problema. La información sobre las diferentes formas de violencia contra la población infantil y adolescente, los derechos de las víctimas, los instrumentos para la protección y la denuncia y de las secuelas en la salud física y mental es escasa. Sin embargo cifras conocidas muestran la gravedad de la situación.

- En Colombia, un estudio realizado entre estudiantes de medicina demostró que el 48% había experimentado maltrato físico durante su infancia o adolescencia.
- En Ecuador, una investigación de seguimiento de 1493 casos del Sistema de Red de Prevención y Atención al Niño Maltratado señalo un predominio de maltrato físico con un 35.5%, y un alto porcentaje de negligencia 23.7%. Esta se manifiesta en mayor medida en niños menores de un año y tiene como principales indicadores: la desnutrición y el abandono.
- En México, de un total de 29,192 casos reportados de maltrato, el 68% correspondió a abuso físico.

Podría decirse que el caso más extremo del fenómeno de la violencia infantil es el asesinato de niños y adolescentes que viven o trabajan en la calle. En Brasil, entre 1998 y 1990 se registraron 4,611 asesinatos de este tipo. En cuatro ciudades colombianas, hubo 1,678 víctimas en el primer semestre de 1,994 y se calcula que el número es de 4000 al año. Aunque en menor escala, el asesinato de menores también se perpetra en Guatemala y El Salvador, estas muertes ocurren a manos de civiles, armados y otros grupos dedicados a la “limpieza social”. A muchos de estos crímenes preceden arrestos arbitrarios y torturas.

b. Aspecto legal.

En la mayoría de los países de América Latina, se empezó apenas hace pocos años a prestar atención al problema del maltrato físico y la negligencia hacia niñas, niños por lo que se carece de información que contribuyan a su prevención y erradicación. Y aunque todos los países han ratificado la Convención de los Derechos del Niño, por lo general se carece de instrumentos legales efectivos para sancionar y controlar el comportamiento violento hacia los hijos. Aunque cada vez hay más agencias especializadas, grupos de mujeres y ONG's dedicadas a este tema, estos no son suficientes y sus recursos son limitados.

En general, existen pocos programas de prevención, atención y rehabilitación para la víctima y su familia. El personal médico esta poco preparado y la atención puede tornarse burocrática y rutinaria.

A pesar de los referentes legales y políticos sobre la prevención de la violencia y protección a las víctimas, Nicaragua se caracteriza por tener la segunda tasa más alta de violencia doméstica de América Latina; aproximadamente 1 de cada 3 mujeres son abusadas físicamente teniendo a sus hijos menores de edad como testigos y comúnmente durante el embarazo; y de igual forma siendo maltratados.

El 81% de los delitos registrados por la Comisaría de la Mujer, entidad adscrita a la Policía Nacional, en 2005 son de violencia intrafamiliar y el 19% son delitos sexuales contra la mujer, niñez y adolescencia, igual porcentaje se registró en 2004.

El 33% de las víctimas de violencia intrafamiliar y delitos sexuales fueron niñas, niños y adolescentes.

El 74.5% de los delitos ocurrieron en la casa de habitación de las víctimas en 2005, el año anterior fue de 73%.

El Ministerio Familia brindó protección a 3 mil 637 niñas, niños y adolescentes contra toda clase de abusos, en el primer semestre de 2005. De estos, el 50% era víctima de explotación sexual, el 19.2% se encontraba en situación de abandono total o parcial, el 25.8% había sufrido maltrato, el 4% era víctima de abuso sexual.

Según la Procuraduría Para la Defensa de Derechos Humanos, en 2005 se dio un incremento del 40% de delitos de explotación sexual, en los que la mayoría de las víctimas tienen entre 9 y 16 años.

Los nuevos delitos de explotación sexual incluyen pornografía infantil, actos sexuales remunerados con adolescentes mediante pago y promoción del turismo sexual. Los delitos de abuso son la violación, abuso sexual, estupro y acoso sexual. Aunque están tipificados en el nuevo Código Penal, la ley aún no está en vigencia, porque continúa la discusión de otros artículos del mismo.

Nicaragua ha avanzado en materia legal con la suscripción de tratados internacionales, la coordinación intersectorial y el establecimiento de planes nacionales para enfrentar el problema del trabajo infantil; sin embargo, la incorporación de la niñez y la adolescencia en el mercado laboral crece aceleradamente e inicia cada vez a más temprana edad, consecuencia de la falta de empleo de sus padres y madres, migraciones del campo a la ciudad y agudización de la pobreza.

Las estadísticas no reflejan a las niñas y adolescentes integradas en el trabajo doméstico, ya que en nuestro país la sociedad (familia, empleadores, gobierno) considera el empleo de niñas, niños y adolescentes en el trabajo domestico como una actividad formativa.

4.1.1. Acepciones del Maltrato Infantil.

El concepto de Maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia a la violencia física con un predominio de criterios medico – clínicos, a la explotación laboral y trabajo de los niños.

Para definir el maltrato debemos unificar los distintos modelos de Trabajo-intervención y los distintos aspectos clínicos, psicosociales y judiciales que condicionan la utilización de diferentes criterios en la conceptualización del maltrato infantil.

Entre los diversos factores que dificultan definir los maltratos a la infancia estarían los siguientes:

- a) Concepto de infancia y sus derechos.
- b) Valor que la sociedad da a la infancia.
- c) Diferencias en valores culturales y sociales.
- d) Diversidad de actuaciones maltratantes.
- e) Percepción de la víctima del hecho abusivo.
- f) Grado de intencionalidad del agresor.
- g) Frecuencia con que ocurren los hechos.
- h) Disciplina y ámbito profesional que considere la definición.

La convención de los Derechos de los Niños, aprobada por la Asamblea General de la ONU, el 20 de Noviembre de 1989, en su artículo 19, se refiere al Maltrato infantil como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”.

La aproximación del concepto se ha realizado desde los diferentes campos: jurídico, educativo, social y psiquiátrico, y define el maltrato infantil como “las distintas formas de disfunciones y carencias en las relaciones entre niños y adultos que interfieran en el desarrollo físico, psicológico, afectivo y social de los menores”.

La descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París es:

“Acción, omisión, o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”

4.2. Tipología y Clasificación de Maltrato Infantil.

El maltrato no es un hecho o un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño, etc.

En general, se clasifican los malos tratos en tres grupos de acuerdo a la existencia de una multicausalidad, por lo que esta clasificación solo implica determinar el problema más relevante que afecta al niño y que determina se detección:

Prenatales: Serían aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influya negativa o patológicamente en el embarazo y teniendo repercusiones en el feto.

Postnatales: son las circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para el niño.

Institucionales: Se producen cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad a través de legislaciones, programas o la actuación de los profesionales al amparo de la institución.

MALTRATOS PRENATALES:

Gestaciones rechazadas (sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal), *hábitos tóxicos o hijos de padres toxicómanos* (síndrome alcohólico fetal, síndrome de abstinencia neonatal, enfermedades de transmisión) y *abortos*.

MALTRATOS POSTNATALES:

El *maltrato por acción*, el más fácil por detectar desde el punto de vista clínico y por lo tanto el que más se diagnostica, se define como cualquier intervención no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo .

Las formas de presentación de maltrato físico pueden ser: lesiones cutáneas (excoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeo (shaken baby), asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, etc., síndrome de Munchausen por poderes.

En el *síndrome del niño zarandeado* (shaken baby síndrome) la cabeza del bebe al ser zarandeado va bruscamente hacia delante y hacia atrás (la cabeza es muy pesada y los músculos del cuello muy débiles) golpeando al cerebro contra las paredes del cráneo, lo que, fácilmente, provoca hemorragias, hematoma subdural sin fracturas concomitantes, hemorragias retinianas, que pueden causar lesiones cerebrales, ceguera parcial o total y/o retraso mental.

En el *síndrome de Munchausen por poderes* consiste en provocar o inventar síntomas en niños que induzcan a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios.

Otra forma de presentación de los malos tratos con manifestaciones físicas es el *maltrato por omisión - negligencia*, que consiste en dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección, o cuidado inadecuado del niño.

El máximo grado es el *abandono* que tiene repercusiones psicológicas y somáticas características e incluso, se podría hablar de una situación sanitaria específica de aquellos que son atendidos en instituciones de protección a la infancia (inclusas, orfanatos, hogares). Una forma de presentación del maltrato por omisión es el *retraso de crecimiento no orgánico* en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento antropométrico con normalidad (peso, talla, perímetro cefálico inferiores al percentil 3) en ausencia de enfermedad orgánica, siendo su etiología la inadecuada o falta de atención a sus necesidades físicas, psicoafectivas y /o sociales del niño que tienen consecuencias físicas y en su desarrollo (inteligencia, habilidades, inestabilidad emocional, problemas psicológicos, etc.).

Los niños de la calle, son aquellos que carecen de hogar y de familiares que les atiendan, viven solos, abandonados a su suerte o, teniendo familia, biológica o sustituta, están de forma continua o transitoria en la calle.

Una variedad son los que se han venido a denominar niños de la llave, que son aquellos que, dadas las obligaciones laborales de sus padres, permanecen solos la mayor parte del día disponiendo de llave para entrar en su domicilio, pero sin que exista un adulto para su atención/ cuidado la mayor parte del día.

MALTRATOS INSTITUCIONALES.

Son aquellos derivados de cualquier legislación, programa procedimiento , actuación u omisión, de los poderes públicos que comporten abuso , negligencia, detrimento de la salud, la seguridad , estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos y/o la infancia.

El maltrato institucional tiene características específicas: puede existir contacto directo con el niño o no, presenta una sintomatología propia, está causado por organismos y puede producirse en todos los campos de atención a la infancia (educación, servicio sociales, sanitarios, policía, justicia, medios de comunicación social y asociaciones., etc.).

4.2.1. Clasificación del maltrato infantil.

4.2.1.1 Maltrato físico.

Se define como maltrato físico a cualquier lesión física infringida al menor, aunque el padre o el adulto a cargo no tengan la intención de lastimar al niño; también se interpreta como maltrato a la aparición de cualquier lesión física que se produzca por castigo inapropiado para la edad del niño.

4.2.1.2. Abuso fetal.

Se presenta cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol u otras drogas, estando el feto en su vientre. Como producto de esto, el menor nace con malformaciones congénitas que afectan su desarrollo físico o psicológico.

4.2.1.3. Maltrato emocional ó psicológico.

Se caracteriza por ridiculización, insultos, regaños o menosprecio. Se presenta por presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia, permitir o tolerar el uso de drogas o el abuso del alcohol.

Se entiende que tales acciones producen daño emocional en el niño y afectan su dignidad, su bienestar e incluso su salud.

Los actos de privación de la libertad, como encerrar, atar, amenazar, o intimidar permanentemente al niño, alteran su salud psíquica.

4.2.1.4. Abuso sexual.

Consiste en contactos o acciones recíprocas entre un menor y un adulto que busca gratificación sexual y frente a las cuales el niño no puede dar su consentimiento. Puede incluir desde la exposición de los genitales por parte del adulto hasta la violación del menor.

4.2.1.5. Abandono o negligencia.

Es la falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento o abrigo, o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, la seguridad, la educación y el bienestar del niño.

Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia:

Abandono físico: rehuir o dilatar la atención de problemas de salud, echar de casa a un menor.

4.3. Factores de riesgo asociado a maltrato infantil:

Según el modelo socio interaccional de Belsky, adaptado por D`Paul, Kaufman y Zigler, en el que las variables o factores de riesgo son ordenadas en cuatro grupos que hacen referencia a los diferentes niveles del sistema individuo-familia – sociedad y cultura.

Desarrollo ontogénico:

- Historia de malos tratos.
- Historia de desatención severa.
- Rechazo emocional, falta de afecto en la infancia.
- Carencia de experiencia en el cuidado del niño.
- Ignorancia de las características evolutivas.
- Historia de desarmonía y ruptura familiar.
- Bajo coeficiente intelectual.
- Pobres habilidades interpersonales.
- Falta de capacidad para comprender a otros (empatía).
- Poca tolerancia al estrés.
- Estrategias para resolver problemas inadecuados.
- Problemas psicológicos.

Microsistema:

Interacción paterna filial:

- Desadaptada.
- Ciclo ascendente de conflicto y agresión.
- Técnicas de disciplina coercitiva.

Relaciones conyugales:

- Estrés permanente.
- Violencia y agresión.

Características del niño:

- Prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Poco responsivo.
- Apático.
- Problemas de conducta.
- Temperamento difícil.
- Hiperactivo.
- Hándicaps físicos.
- Tamaño familiar.
- Padre único.
- Hijos no deseados.

Exosistema:

Trabajo:

- Desempleo.
- Falta de dinero.
- Pérdida de rol.
- Pérdida de autoestima y poder.
- Estrés conyugal.
- Insatisfacción laboral.
- Tensión en el trabajo.

Vecindario y comunidad:

- Aislamiento social.
- Falta de apoyo social.

Clase social.

Macrosistema:

- Crisis económica.
- Alta movilidad social.
- Aprobación cultural del uso de la violencia.
- Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños.
- Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad –maternidad.

Constituye a considerar en la valoración causal, dentro de los cuales existen algunos que por su especial gravedad conllevan a su vez a una valoración pronóstica:

- Déficit psíquico acusado en uno o en ambos padres.
- Toxicomanías graves, consumo superior a 6 o 7 años.
- Alcoholismo en la pareja, consumo habitual superior a 6 o 7 años.
- Número muy reducido de conducta de vínculos y calidad afectiva en el trato con el niño.
- Trastornos mentales graves (psicosis, psicopatías).
- Elevado nivel de agresividad y violencia en la dinámica familiar.

4.3.1. Factores de compensación:

Los malos tratos tendrían lugar cuando los factores de riesgos transitorios y crónicos sobrepasan o anulan cualquier influencia compensatoria. De acuerdo con esto, los antecedentes del maltrato infantil pueden ser comprendidos únicamente desde una perspectiva multifactorial, en las que las múltiples influencias de distintos factores de riesgo y de compensación o protección se consideren simultáneamente.

Desarrollo ontogénico:

- C.I elevado.
- Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.
- Historia de relaciones positivas con un padre.
- Habilidades y talentos especiales.
- Habilidades interpersonales adecuadas.

Microsistema:

- Hijos aparentemente sanos.
- Apoyo del conyugue o pareja.
- Seguridad económica.

Ecosistema:

- Apoyos sociales afectivos.
- Escasos sucesos vitales estresantes.
- Afiliación religiosa fuerte y apoyativa.
- Experiencias escolares positivas y buenas relaciones con los iguales.
- Intervenciones terapéuticas.

Microsistema:

- Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos.
- Divulgaciones de los derechos del niño reconocidos por las Naciones Unidas.
- Prosperidad económica.
- Normas culturales opuestas al uso de la violencia.

4.3.2. Factores precipitantes:

Desarrollo ontogénico:

- Sucesos de las diferentes etapas de la vida.
- Interpretaciones que se realizan de los hechos.
- Estrés subjetivamente percibido.

Microsistema:

Sucesos estresantes en la familia:

- Separación – divorcio.
- Incompetencia parental.
- Toxicomanía- alcoholismo.
- Trastornos mentales graves.

Niños:

- Llanto persistente (dolor cólico, aerofagia).
- Problemas de alimentación.
- No control de esfínter.
- Rabietas.
- Problemas de conducta.

Ecosistema:

- Pérdida de apoyo social y de la familia extensa.
- Emigración, cambio de domicilio.
- Falta de equipamiento sociales y educativos.
- Medios de comunicación social, televisión, con sus programaciones y manejo informativo.

Macrosistema:

- No promoción del sentido de responsabilidad compartida en el cuidado de los niños.
- Políticas sociales de mala calidad de atención a la infancia.
- Aumento de las desigualdades sociales.

4.3.3 Factores de riesgo de las negligencias.

Los niños con mayor riesgo son aquellos que no hablan y por tanto no se pueden comunicar. Los factores más frecuentes serían: falta de higiene, ropa inadecuada para las condiciones climáticas, retraso del crecimiento y desarrollo, hábitos de alimentación y horario inadecuados, los problemas de aprendizaje escolar, los niños con secuelas, ausencia o fallo en las habilidades y los hijos de padres con enfermedades crónicas o psiquiátricas. Los niños de 0-3 años de edad tienen los mayores riesgos de negligencia. (13,9 por 1,000).² De acuerdo con información aportada por 47 estados de los Estados Unidos de Norteamérica, las muertes en los niños por SMI se asociaron con las negligencias (38 %). Este reportaje también revela que 44 % de las negligencias, sufren de recurrencias en los siguientes 6 meses.

El abuso físico y la negligencia, así como las otras categorías del maltrato se superponen en muchas ocasiones.

El espectro del SMI abarca actos de abuso y actos de negligencia, realizados por un tutor que afecta negativamente al niño. El abuso puede ser físico o psicológico, pero las fronteras de estas áreas son poco claras.

El abuso físico y la negligencia se superponen y pueden suceder al mismo tiempo o varias veces en la vida del niño y siempre tienen consecuencias psicológicas a corto y largo plazo. Las consecuencias psicológicas pueden persistir después que el abuso cura.

El abuso sexual puede ser considerado como un tipo especial de abuso físico que tiene un gran componente emocional.

El abuso físico puede ser definido como lesiones intencionales a un niño, realizadas por su padre o tutor, utilizando una variedad de medios no accidentales tales con, golpes con la mano u objetos diversos, magulladuras, laceraciones, fracturas, quemaduras, punturas, heridas y daño orgánico, capaces de producir resultados peligrosos demostrables.

4.3.4. Factores de riesgo del abuso físico.

La génesis del abuso físico no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la presencia de una acumulación de factores.

Un número de variables son señaladas tradicionalmente como factores de riesgo en el abuso físico, a estos factores pertenecen: desarmonía familiar, pobreza, drogas, madres solteras y/o jóvenes, aislamiento social, baja autoestima, enfermedades psiquiátricas (madre deprimida) y la historia de abuso físico en los padres.

La asociación de la violencia doméstica y el abuso físico es clara y la presencia de un niño abusado debe considerarse como una manifestación de violencia doméstica y un estudio de esta es esencial en la evaluación del niño. Otros factores determinantes del abuso físico serían: el sexo y la edad del niño, la prematuridad, las enfermedades crónicas y las malformaciones congénitas.

En resumen, aunque un número de factores de riesgo se asocian con el abuso físico, varias limitaciones impiden conocer la verdadera extensión, el alcance y las causas de este. Por todo lo señalado, es imperativo que los médicos incorporen el síndrome de maltrato infantil en el diagnóstico diferencial de cualquier niño que presente lesiones o enfermedades que pudieran ser el resultado de la violencia doméstica o disfunción familiar, independiente de su raza o status socioeconómico.

El abuso psicológico, incluye omisiones, conductas verbales intencionales con consecuencias emocionales adversas, un tutor puede ofrecerle intencionalmente, acciones verbales o conductas inadecuadas, que pueden interferir en el desarrollo del niño; este abuso psicológico incluye: explotación, corrupción, desprecio, aislamiento y terror.

El abuso sexual incluye la exposición inapropiada del niño a actos sexuales, el uso pasivo del niño como estímulo sexual por los adultos y el contacto sexual entre el niño y personas mayores. En resumen se refiere a cualquier acto realizado por un adulto con vía de obtener gratificación sexual. Este puede ser realizado por miembros de la familia (incesto), conocidos o extraños. La incidencia del abuso sexual es relativamente consecuente con grupos de mayor ingreso, mientras que la negligencia y el abuso físico aumentan con la pobreza.

Abuso prenatal; definido como aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyen negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.

Síndrome de Munchausen por poder, en estos casos, los padres o tutores utilizan artificios diferentes para provocarles enfermedades ficticias a sus hijos, con el objetivo de obtener una ganancia secundaria mal definida de la hospitalización del niño. Ellos relatan historias clínicas falsas sobre padecimientos de sus hijos, inducen síntomas y signos, los sometan a chequeos y evaluaciones médicas múltiples, que con frecuencia terminan en ingresos hospitalarios.

4.4. Autopsia judicial.

Definición.

La autopsia médico legal es el estudio del cadáver que tiene por finalidad identificar lesiones o alteraciones anatómicas que permitan establecer la causa y la manera de la muerte, información fundamental para la aclaración de los casos judiciales, fundamentalmente en muertes violentas o donde se presume criminalidad.

La autopsia judicial trata de investigar el origen de la muerte en los casos que existen implicaciones penales o civiles, tanto referente a la propia causa del fallecimiento como a lo que respecta a las circunstancias de la misma. La realiza el médico forense por orden judicial de acuerdo a lo establecido en la legislación de cada país.

La autopsia judicial es dispuesta por la autoridad judicial, con objeto informativo, cuyo modo de ejecución es todo lo que rodea al cadáver, con tiempo de duración indeterminado y cuya trascendencia es servir de prueba para la sentencia judicial.

Objetivos de la autopsias medico legales.

- a) Establecer la causa de muerte.
- b) Ayudar a establecer la manera de muerte.
- c) Establecer la hora de muerte.
- d) Ayudar a establecer la identidad del fallecido.

➤ Indicaciones de la autopsia judicial.

- a) Todas las muertes violentas: homicidios, suicidios, accidentes.
- b) Muertes súbitas.
- c) Muerte natural sin tratamientos medico reciente.
- d) Muerte natural con tratamiento médico, pero ocurrida en circunstancias sospechosa.
- e) Muerte de mujeres con abortos sospechosos de ser provocados.
- f) Productos de abortos sospechosos.
- g) Víctimas de infanticidios.
- h) Muerte de personas detenidas en centros de correccionales o prisión.
- i) Muerte de personas en que existía litigio por riesgo profesional.

➤ Fases de la autopsia.

La autopsia comprende dos fases que se complementan entre sí y con una importancia no inferior la una de la otra: el examen externo y el examen interno del cadáver.

➤ Autopsia blanca o negativa y errores comunes en la patología forense.

Autopsia blanca: es aquella que incluidos los estudios complementarios: histopatológicos, toxicológicos, criminalísticas y policiales no es posible establecer la causa de muerte.

Según Fatteh, debemos considerar dos situaciones en que erróneamente se puede llegar a la conclusión de que se trata de una autopsia blanca o negativa.

- a. Defectos en el procedimiento de autopsia.
- b. Defectos en el diagnostico de afecciones de difícil apreciación.

Entre los defectos de procedimientos se deben citarse:

- a) Comienzo de autopsia sin historia adecuada (desconocer las circunstancias).
- b) Omisión en el examen externo.
- c) Examen interno inadecuado.
- d) Examen histológico deficiente.
- e) Falta de estudios histológicos y de otras investigaciones.
- f) Poco adiestramiento del patólogo.

Entre los diagnósticos difíciles deben mencionarse.

- a) Muerte por medio o por shock.
- b) Afecciones del sistema nervioso central.
- c) Afecciones del cuello: por ejemplo espasmo laríngeo.
- d) Afecciones del aparato circulatorio: por ejemplo alteraciones del sistema de conducción cardíaca.
- e) Afecciones de las glándulas suprarrenales: infartos.
- f) Anemias de células falciformes.
- g) Putrefacción.

Errores más comunes en patología forense:

- a. No estar compenetrado de los objetivos de la autopsia judicial.
- b. Autopsia incompleta.
- c. Embalsamamiento previo a la autopsia.
- d. Prejuizar un cadáver mutilado o descompuesto como "no productivo".
- e. No reconocer los artificios postmortem.
- f. Describir deficientemente las ropas y signos de violencia.
- g. Confundir aspectos subjetivos y objetivos en el protocolo.
- h. Negligencia al examinar el cadáver en la escena de la muerte.
- i. Negligencia en la toma de fotografía.
- j. No recolectar muestras para toxicología.
- k. Descuido en la cadena de custodia.

4.5. Mecanismo de muerte:

4.5.1. Asfixias mecánicas.

➤ Definición:

La palabra asfixia viene del latín: a: sin; sphizo: pulso que significaría literalmente “sin pulso”. Son alteraciones en la función respiratoria, que pueden terminar en la muerte, que pueden ser producidos por medios mecánicos.

Etiológicamente pueden ser accidentales, homicidas y suicidas. El desarrollo de la asfixia fatal atraviesa tres fases:

- 1) Caracterizada por hipoxia y cianosis ligera, acumulación de CO₂, rapidez y profundidad de la respiración.
- 2) Desarrollo de la congestión lívida por el estancamiento de sangre en las venas y capilares, y respiración laboriosa.
- 3) Crispamiento o estiramiento brusco; respiración son infrecuentes, profundas y jadeantes; pérdida completa de la conciencia. Pupilas dilatadas y sigue la muerte.

Las asfixias mecánicas pueden ocurrir por los siguientes mecanismos:

- 1) Por sumersión.
- 2) Por ahorcadura.
- 3) Por estrangulamiento
- 4) Por sofocación.

1. Por sumersión: es la asfixia que se produce cuando el aire de los pulmones es sustitutivo por líquido ya sea esta agua o cualquier otro tipo. Se clasifican en: completa e incompleta. Completa: es cuando todo el cadáver está sumergido en el medio líquido. Incompleta: cuando están sumergida solo la boca y la nariz.

Etiología: Accidental, impericia para la natación o por imprudencia. Suicida u homicida.

Mecanismo o patogenia: consiste en la exclusión del aire de los pulmones por el líquido que ha penetrado por la vía respiratoria, por lo tanto el mecanismo de la muerte es anoxia cerebral irreversible.

2. Por ahorcadura: es la asfixia que se produce por la tracción del cuerpo sobre un lazo que así comprime el cuello que pende de un punto fijo.

Etiología: Suicida la más frecuente. Homicida, rarísima y diagnosticada por los otros medios de agresión con que la víctima fue reducida a la indefensión. Accidental, que incluye la forma erótica.

Tipos de ahorcaduras según la ubicación del nudo proximal:

- Típica: el nudo está en la parte media de la nuca.
- Atípica: el nudo esta en cualquier otra parte.

Tipos de ahorcadura según la suspensión del cuerpo:

- Ahorcadura con suspensión completa: el cuerpo no toca el suelo.
- Ahorcadura con suspensión incompleta: el cuerpo se apoya en el suelo.

Mecanismo o patogenia:

La suspensión completa no es esencial; la muerte tendrá lugar inevitablemente cuando el nudo este lo suficientemente apretado para causar:

- Inhibición vagal.
- Anoxia cerebral.
- Asfixia.

El tiempo de muerte oscila entre instantáneamente a 10 minutos.

En los sobrevivientes podemos encontrar el síndrome post ahorcadura en el cual encontramos: disfonía, afonía, disfagia, paresia de miembros y confusión mental.

Fases clínicas:

A. Período anestésico que consiste en: cefalea intensa, zumbidos, escotomas centellantes y pérdida del conocimiento.

B. Período convulsivo: afecta la cara y los miembros que pueden sufrir contusiones al pegar con superficies vecinas.

C. Período asfíctico: cursa con apnea y paro cardíaco.

3. Por estrangulación: Es la asfixia producida por la compresión del cuello mediante una cuerda que lo rodea o por las manos del agresor.

4. Por sofocación: Es la forma de interferencia en la función respiratoria debido a obstrucción de orificios, vía respiratoria, inmovilización del tórax, o aire inadecuado.

4.5.2. Quemaduras Provocadas.

Las quemaduras no son las lesiones más frecuentes de los malos tratos, pero si las más espectaculares, representan un porcentaje variable, pero importante, del total de quemaduras asistidas en los servicios de urgencias pediátricas.

Definición:

La quemadura es una forma frecuente de maltrato que representa aproximadamente uno de cada diez casos de maltrato físico detectado; provocadas o no, producen una alta mortalidad y morbilidad siendo la segunda causa de muerte accidental de los niños en Estados Unidos. Algunas no son accidentales, sino provocadas (1-16 por 100), lo que aumenta las probabilidades de muerte, al sumarse al riesgo de la quemadura el añadido del maltrato.

4.5.2.1. Tipos de Quemaduras:

Quemaduras provocadas o accidentales.

Las quemaduras provocadas, aunque pueden darse en cualquier estrato social, son más frecuentes en las de nivel socioeconómico, siendo la escaldadura por inmersión la forma más habitual.

Etiología Médico-Legal:

- La escaldadura por inmersión es típica del maltrato y adquiere formas que la hacen sugestiva de esta etiología. Son quemaduras delimitadas, de bordes nítidos, frecuentemente simétricas, de profundidad uniforme, que afectan preferentemente a las zonas tradicionales de castigo, glúteos, manos y pies, y adoptan forma de quemadura en guante (castigo por coger o romper objetos prohibidos), calcetín o quemaduras en forma de casquete de glúteos al ser sentado en agua caliente (castigo por no control de esfínteres) o delimitados en glúteos y espalda.
- Las quemaduras por contacto con objetos incandescentes son menos frecuentes que las anteriores (30 por 100), pero en ocasiones muy fáciles de identificar como provocadas al quedar impresas sobre la piel la huella del objeto agresor. Estos, aunque de uso doméstico corriente, pueden ser muy diversos, tales como planchas al vapor o eléctricas, calentadores, utensilios de cocina, cigarrillos, etc. Las huellas nos permiten descifrar la forma del objeto agresor. Las quemaduras por contacto pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la quemadura no es profunda. Los niños pueden accidentalmente quemarse con objetos calientes, pero el tiempo de contacto es mínimo al producirse la retirada refleja, lo que impide la profundidad de la lesión.

- Las quemaduras por cigarrillos, redondas, son siempre provocadas, especialmente cuando son múltiples, redondeadas (el cigarro es aplicado sobre la piel, perpendicularmente) y en zonas cubiertas. Puede ser accidental solo cuando la quemadura es única, de bordes ovalados (aplicación tangencial) y en zonas descubiertas de la superficie corporal.
- Las quemaduras por llama de fuego y las eléctricas suelen ser causadas, excepcionalmente provocadas. Únicamente cuando concurren otras lesiones propias de los malos tratos o datos familiares sugerentes debe pensarse en esta posibilidad.

4.5.3. Lesiones de Piel y Mucosas.

Las lesiones de piel y mucosas provocadas representan la forma más frecuente de maltrato físico, y es la que, en general, permite el diagnóstico: las lesiones suelen tener características específicas (localización, forma, color), lo que las diferencia de las producidas de forma casual. Otras lesiones no son específicas de maltrato, pero sí altamente sugerentes de esta etiología.

4.5.4. Fracturas y Lesiones Óseas.

Definición:

Las fracturas múltiples inexplicadas en distinto estado de consolidación se consideran patognomónicas de maltrato. A pesar del desarrollo paulatino de nuevas técnicas de diagnóstico, es aun el hallazgo más característico de todos los encontrados en los niños maltratados.

Signos Radiológicos:

Muchos son los signos radiográficos descritos en el hueso del niño maltratado: fractura del hueso trabecular, radiolucencia transmetafisaria, irregularidad del borde metafisario, signo del Corner en el foco de fractura y calcificaciones dentro de la epifisis.

Las localizaciones más frecuentes de la fracturas son las extremidades; en orden decreciente encontramos: humero (región metafisiaria proximal y supracondilea), tibia y fémur.

Es importante también determinar la dirección del trazo de la fractura. Este hallazgo nos orienta a descubrir el mecanismo de producción, y que debe de corresponder con el descrito por el padre o tutor. Una fractura espiroidea localizada en un hueso largo de un niño que no camina es sugestiva de haber sido provocada (torsión externa del miembro). No obstante una fractura espiroidea de tibia es típicamente encontradas en niños que comienzan a caminar. Es, sin embargo, difícil diagnosticar un maltrato cuando se produce una única fractura, y máxime cuando incluso no aparecen. Es en estos casos donde el estudio psicosocial del niño es fundamental, obligándonos a interrogar más profundamente a los padres.

Etiología Médico-Legal:

Fractura del fémur.

En niños que comienzan a caminar no siempre implica malos tratos y debemos descartar previamente enfermedades metabólicas y ontogénesis imperfecta.

Fractura de la pelvis.

Puede ser asiento de lesiones por abuso, y sobre todo las ramas de isquiopúbicas. En la pelvis tanto las fracturas como la osificación heterotípica pueden ser un signo de lesión por malos tratos.

Strait et al, describieron una serie de 124 niños menores de 3 años con fractura de húmero, encontraron que 25 casos fueron por malos tratos.

Fracturas Costales.

Son un tipo de lesión esquelética que se presenta frecuentemente en estos niños, pero su diagnóstico es difícil de establecer. La afectación de la primera costilla constituye un hallazgo que nos debe de hacer sospechar en malos tratos. El mecanismo de producción incluye fuerzas de compresión, impacto o compresión axial.

Lesiones de Partes Blandas.

Las lesiones de partes blandas son muy numerosas y en proporción notablemente superior a las fracturas. Se ha considerado que afectan al 92% de los niños sospechosos de malos tratos. La mayoría corresponde a equimosis, pero podemos encontrar quemaduras o simples inflamaciones locales.

4.5.5. Traumatismo Craneoencefálico Provocado.

Definición:

El trauma craneoencefálico (TCE) provocado es la principal causa de muerte de los niños maltratados y la responsable de la mayor tasa de morbilidad de esta entidad. Constituye la principal causa de lesión craneal grave en lactantes y la forma síndrome de niño sacudido, la más frecuente en los primeros seis meses de vida. Es además una causa de primer orden de retraso mental, epilepsia e incapacidad física.

Tipos de TCE Provocado:

- Traumatismo Craneal con manifestaciones externas, habitualmente fracturas de los huesos del cráneo, lineales, ocasionalmente deprimidas o conminutas.
- Lesiones exclusivamente intracraneales producidas por sacudida o por impacto. La sacudida provoca movimientos de latigazo de aceleración y desaceleración de la cabeza, con rotura de las venas cerebrales.

Etiología Médico-Legal:

Homicida.

Accidental.

Tipos de Lesión:

El traumatismo, fortuito o no, puede provocar en el cráneo y su interior diferentes tipos de lesiones que determinan la gravedad, los síntomas, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

- **Conmoción cerebral:** pérdida transitoria de conciencia con amnesia, sin focalización neurológica, exploración clínica y radiológica normal.
- **Contusión cerebral:** disminución del nivel de conciencia, vómitos y cefalea transitoria.
- **Fractura de cráneo:** puede producir distintos tipos de fractura, única o múltiple, lineal, con diastasis de sus bordes o sin ellas, fractura deprimida y fractura de la base del cráneo.
- **Hematoma subdural:** colección de sangre venosa situada entre la duramadre y la corteza cerebral, se asocia con frecuencia a las fracturas de los huesos del cráneo, y su presencia en niños menores de tres años es sugerente de malos tratos, en especial si se acompaña de hemorragias retinianas.
- **Hematoma epidural:** acúmulo de sangre venosa situada entre el hueso y la duramadre. Puede producirse tras TCE provocado de cualquier intensidad.
- **Hemorragia parenquimatosa:** produce diferentes manifestaciones neurológicas dependientes de su tamaño y localización.
- **Edema cerebral:** es la anormalidad que se encuentra en la TAC de los niños que sufren TCE. Consiste en edema generalizado y difuso, que provoca aumento de la presión intracraneal.
- **Coma persistente:** se denomina persistente cuando permanece el estado vegetativo un mes después del TCE. Evolucionan al estado vegetativo persistente el 1% – 14% de los comas prolongados por TCE.

4.5.6. Lesiones viscerales: torácicas y viscerales.

4.5.6.1. Traumatismos torácicos.

Definición:

Los traumatismos torácicos producidos por malos tratos en los niños son lesiones poco frecuentes que pasan muchas veces inadvertidas por la ausencia de lesiones externas y que van acompañadas de un alto índice de mortalidad.

El mecanismo de producción más habitual suele ser ocasionado por una compresión anteroposterior del tórax cuando el niño es agarrado, comprimido o zarandeado. Menos frecuente es producido por golpes directos sobre la pared torácica. Otro mecanismo a tener en cuenta es la tracción violenta del brazo.

Epidemiología:

El registro del servicio de traumatismos del Children's Medical Center (CNMC) informa que de 2080 niños ingresados por traumatismos en un período de 34 meses, el 4.5% correspondían a traumatismo torácico infantil, producidos en un 78% golpes contusos. El 8% de los traumatismos torácicos infantiles son debidos a malos tratos. La mortalidad global de los traumatismos torácicos infantiles se estima en un 26%; cuando el traumatismo es exclusivamente torácico la mortalidad es del 5% y cuando se asocia a traumatismos craneales asciende al 36%. En los casos de malos tratos infantiles la mortalidad es del 50%.

Fracturas Costales.

Definición:

Es la lesión torácica más frecuente producida por malos tratos en el niño. Suelen ser producidas por una compresión violenta anteroposterior del tórax; con menos frecuencia son producidas por golpes directos sobre la pared torácica.

Epidemiología:

Según diversas referencias se han encontrado fracturas costales en el 5% al 27% de los niños maltratados. Se asocia con frecuencia con lesiones severas del parénquima pulmonar. Casi el 90% de las fracturas costales relacionadas con malos tratos se observan en niños menores de dos años de edad.

Tipos de Fracturas Costales:

Se clasifican en simples y múltiples. No siempre se producen lesiones cutáneas o hematomas. Los niños con fracturas múltiples pueden tener taquipnea, cianosis y distress respiratorio.

➔ Contusión Pulmonar.**Definición:**

La fuerza del golpe es transmitida al parénquima pulmonar a través de la pared torácica. La energía cinética produce lesiones parenquimatosas con trasudación de líquido y sangre al interior de los alveolos, produciéndose edema, hemorragia y bronco espasmo.

Epidemiología:

Los traumatismos contusos de tórax producen con cierta frecuencia cuadros de contusión pulmonar, siendo encontrados en el 48% de los niños con traumatismos torácicos, algunos de ellos como consecuencia de malos tratos. Los niños con contusión pulmonar tienen una mortalidad del 34%, pudiendo ser más altos cuando la lesión pulmonar afecta varios lóbulos.

➤ **Neumotórax.**

Definición:

Puede ser producido por heridas penetrantes o por golpes con objetos romos. En los casos de malos tratos, el neumotórax es una lesión poco frecuente y siempre producida por traumatismos contusos. Los golpes con objetos romos pueden producir un neumotórax por fractura de una costilla que produzca una lesión del parénquima pulmonar o porque la fuerza del golpe sea suficiente para producir la ruptura de los alveolos o de una porción del árbol traqueobronquial. El aire fugado de las vías aéreas disecara los tejidos de la pared torácica pudiendo penetrar en el espacio pleural, en el mediastino y en el cuello.

➤ **Hemotórax**

Definición:

Es producido por traumatismos romos importantes o por traumatismos penetrantes, muy poco frecuentes en los niños maltratados. Es muy frecuente la asociación de un neumotórax. El sangrado intratorácico puede producirse por lesión del parénquima pulmonar, de los vasos intercostales, de la mamaria interna o de los grandes vasos.

➤ **Traumatismos abdominales.**

Epidemiología:

El traumatismo abdominal es una forma grave de maltrato infantil. Se considera que las lesiones viscerales abdominales constituyen el 3% de todas las lesiones que presentan los niños sometidos a malos tratos.

Las lesiones de las vísceras abdominales son más frecuentes en niños mayores de dos años y son la segunda causa más frecuente de muerte en los niños víctimas de maltrato infantil, con una mortalidad del 45% al 50%.

Etiología Médico legal:

Los traumatismos abdominales producidos por maltrato infantil suelen ser contusos o cerrados en su mayoría, pudiendo ocasionar lesiones importantes de los órganos internos sin ninguna o con mínima evidencia del traumatismo en la pared abdominal. Las agresiones se producen frecuentemente con objetos romos, puñetazos, patadas o caídas por empujones. Debido al menor tamaño corporal del niño, las fuerzas traumáticas se distribuyen con mayor intensidad sobre cada área corporal, determinando que las lesiones multisistémicas sean más frecuentes que en el adulto.

Localización de las lesiones:

- ✦ **Lesiones traumáticas de vísceras huecas y mesenterio:** son lesiones poco frecuentes en el niño según las estadísticas entre el 0% y 1.7% en las lesiones gástricas y entre el 2.1% y 9.8% en las lesiones de intestino delgado en una revisión de 1939 niños tratados por traumatismo abdominal. (Sherman J. Traumatic injuries to the stomach and small bowels. Philadelphia).

Pese a su escasa frecuencia, están publicados casos de rotura gástrica, lesiones de intestino delgado y hematomas de mesenterio en niños víctimas de abuso físico. Este tipo de lesiones están referidas a niños menores de dos años y producidas por traumatismos contusos, no penetrantes.

- ✦ **Hematoma duodenal:** las lesiones duodenales son poco frecuentes, produciéndose en el 2% de los traumatismos abdominales, encontrándose hematomas duodenales en el 6% de los traumatismos duodenales, siendo su frecuencia mayor en los menores de 14 años que en los adultos. Es una lesión característica de los niños maltratados, produciéndose con más frecuencia entre los dos y cuatro años. Cuando se presenta este tipo de lesiones, sin una causa aparente en pacientes de dos o pocos más años, debe sospecharse e investigarse si ha sido producida por malos tratos.

- **Traumatismos pancreáticos:** las lesiones traumáticas del páncreas son menos frecuentes en el niño que en el adulto, representando el 2%-3% de los traumatismos abdominales. La causa más frecuente son traumatismos cerrados. Sus consecuencias más habituales son la pancreatitis postraumática y los pseudoquistes de páncreas, están referidos ambos en la literatura como consecuencia de maltrato infantil. La tasa media de mortalidad es del 19%, con una variación de 3% al 22% según diversas variables como son el lugar de la lesión y la existencia de lesiones asociadas.
- **Pseudoquistes pancreáticos:** los pseudoquistes pancreáticos son estructuras quísticas de localización inicial retroperitoneal con crecimiento habitual en el mesocolon transversal, conectadas habitualmente con la glándula pancreática, pudiendo o no estar en comunicación con el sistema ductal. Su etiología, en la edad pediátrica, es habitualmente secundaria a traumatismos pancreáticos. Se ha referido su desarrollo en el 12% al 30% de los niños que han tenido traumatismo pancreático. El periodo de latencia puede ser de una semana a varios meses.
- **Lesiones traumáticas del hígado:** se considera el hígado como el segundo órgano más afectado, después del bazo, por los traumatismos abdominales cerrados. El 83% de las lesiones se producen en el lóbulo derecho; la edad media de las víctimas es de 6 años y la mortalidad varía entre el 20% y el 60%. El perfil de un niño con traumatismo hepático, víctima de maltrato, es diferente al niño víctima de un traumatismo accidental. El hígado es referido como el órgano sólido lesionado con más frecuencia en los traumatismos abdominales sufridos por niños víctimas de abuso físico; el lóbulo izquierdo es afectado con más frecuencia que el derecho; la edad media de las víctimas es de dos años; el 80% tienen fracturas óseas asociadas y la mortalidad varía entre el 40% y 50%.

- **Traumatismos esplénicos:** el bazo es el órgano intraperitoneal más frecuentemente lesionado como consecuencia de un traumatismo abdominal contuso. La frecuencia real en los casos de maltrato infantil es desconocida, abundando las referencias genéricas en las publicaciones de maltrato infantil, pero siendo excepcionales las comunicaciones concretas de lesiones esplénicas.

Según las diversas estadísticas, del 30% al 60% de las lesiones traumáticas del bazo se asocian con lesiones de otras vísceras abdominales. Las lesiones aisladas del bazo ocurren en el 25%, produciéndose en los casos en que el agente traumático incide directamente sobre el hipocondrio izquierdo, actuando los vectores de fuerza directamente sobre la cápsula y el parénquima esplénico, siendo este accidente el más frecuentemente producido en el niño maltratado. Se asocian fracturas de las últimas costillas en menos de 10%, debido a que en el niño son más flexibles y difíciles de fracturar.

4.5.7. Intoxicación como forma de maltrato:

Se trata de toda acción intencionada, o de aquella situación de negligencia manifiesta por parte de los padres o cuidadores, que cause daño físico, psíquico o moral, o ponga en peligro la salud del niño, como consecuencia de la ingestión de compuestos o sustancias químicas por el menor.

La intoxicación intencionada como forma de agresión al niño tiene una serie de características especiales que la hacen merecedora de una consideración específica dentro del concepto general de maltrato infantil:

1. Es típico el daño silencioso que produce en el niño este tipo de agresión; los efectos en muchas ocasiones llaman poco la atención, y cuando lo hacen, probablemente es demasiado tarde.
2. No es raro que en la intoxicación pueda continuar durante el ingreso en el hospital, sobre todo en los casos de síndrome de Munshausen.

Clasificación de las intoxicaciones no accidentales:

1. Intoxicación intrauterina.
2. Intoxicación a través de la lactancia materna.
3. Intoxicación pasiva-negligencia.
4. Intoxicación no accidental –violencia química.
5. Síndrome de Munchausen por poderes.

1. **Intoxicación intrauterina:** consiste en la ingestión por la mujer embarazada de sustancia tóxicas para el feto. Los efectos derivados pueden ser múltiples, dependiendo de la sustancia, de la cantidad y de la fase de embarazo en que ha sido ingerida. Estos abarcan desde el conocido síndrome de abstinencia en los hijos de toxicómanas, hasta malformaciones severas de diferentes grados.
2. **Intoxicación a través de la lactancia materna:** la mayoría de las drogas y sustancias de abuso, junto a los medicamentos relacionados con el sistema nervioso central, son eliminados a través de la leche materna. En los casos en que la madre consume este tipo de sustancias y este dando de mamar al hijo, el lactante estará recibiendo el tóxico junto a su alimento. La dosis recibida variará según la biodisponibilidad de cada sustancia, pero dada la continuidad de la ingestión y el relativo poco peso corporal, es fácil que poca cantidad sea suficiente para afectar al lactante. Los efectos dependerán del tipo de droga, pudiendo provocar desde una leve sedación producida por las benzodiazepinas, hasta incluso la muerte.

Características:

- Mayor riesgo de pasar desapercibida debido a la pobre relación del recién nacido con otros adultos que no sean su madre.
- A través de la leche materna la intoxicación es permanente y mantenida.
- La somnolencia que producen las drogas es poco llamativa en los recién nacidos que pasan muchas horas durmiendo.
- Algunas drogas tienen un efecto acumulativo en la leche materna, pudiendo persistir hasta 60 horas tras la última dosis.
- La inmadurez de los sistemas enzimáticos del lactante hace que el metabolismo de estas drogas sea más lento.

ARMA DE FUEGO.

Las armas de fuego son instrumentos que disparan un proyectil por acción de una carga explosiva u otro medio de impulso a través de un cilindro metálico.

Para fines medico forenses interesan en particular las armas portátiles: armas manuales, rifles, escopetas, subametralladoras y ametralladoras.

Heridas por proyectil único:

1. Orificio de entrada.
2. Trayecto.
3. Orificio de salida.

Orificio de entrada: son producidas por la acción mecánica del proyectil al perforar la piel. Comprende: A- orificio propiamente dicho, B- anillo de enjugamiento y C- Anillo de contusión.

A- **Orificio propiamente dicho:** es circular cuando el proyectil incide perpendicularmente sobre la piel, y alargado cuando lo hace en dirección oblicua.

B- **Anillo de enjugamiento:** circunde al orificio de entrada y tiene un reborde negruzco, se debe al polvo y al lubricante que el proyectil arrastra a su paso por el cañón y de los cuales se enjuga en la piel.

C- **Anillo de confusión:** es una zona rojiza de piel desprovista de epidermis situada por fuera del anillo de enjugamiento.

Trayecto: Es la línea recta que une al orificio de entrada con el orificio de salida. Hay dos excepciones a esto que son: las migraciones y las desviaciones. Migración: consiste en el traslado pasivo que puede experimentar un proyectil en el cuerpo. Las desviaciones: consiste en cambios en la trayectoria del proyectil dentro del cuerpo.

Orificio de salida: con relación al de entrada suele ser:

1. Más grande.
2. Más irregular.
3. De bordes evertidos.
4. Sin anillo de enjugamiento ni de contusión, ni tatuaje, ni Ahumamiento.

4.6 Diagnóstico por la imagen en el maltrato infantil.

A partir de las descripciones de Caffey sobre niños con hematoma subdural y fracturas múltiples en extremidades y principalmente las de Kempe sobre el síndrome del niño apaleado, la sospecha y el diagnóstico de lesiones físicas secundarias a traumatismo no accidentales se basó generalmente en los hallazgos radiológicos.

En la actualidad, el diagnóstico por la imagen ha adquirido una importancia fundamental sobre todo con el advenimiento de nuevas técnicas (ecografía, TC, RM) no deben ser utilizadas bajo ningún concepto de forma indiscriminada; cada técnica tiene sus indicaciones, sus ventajas y sus desventajas, y deben utilizarse de forma razonada y complementaria en cada paso particular.

Las sospechas y el hallazgo de fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos continúan siendo, a pesar del paso del tiempo y de la aparición de nuevas técnicas, una de las principales indicaciones de exploración por la imagen, siendo la exploración radiológica convencional la técnica adecuada. No hay que olvidar que el reconocimiento precoz de estas lesiones puede evitar en un futuro la repetición del maltrato con trastornos graves e incluso la muerte.

Hay que destacar a su vez la importancia fundamental del radiólogo entre los profesionales de los equipos multidisciplinario frente al diagnóstico de maltrato infantil. El radiólogo pediátrico desempeña un papel fundamental no solo en el diagnóstico de las lesiones, sino también e indirectamente en la prevención del maltrato.

Radiología convencional.

La seriada esquelética constituye la primera exploración solicitada en un niño con sospecha de maltrato físico. La exploración comprende radiografías anteroposteriores (AP) y laterales de extremidades superiores e inferiores, que abarquen la articulación del hombro y las manos, y la región pélvica para descartar fracturas de las ramas isquiopúbicas (altamente sugestivo de traumatismo no accidental); radiografías de cráneo, tórax, abarcando clavículas y articulación del hombro, lo suficientemente penetrada como para visualizar las últimas costillas y columna vertebral.

4.6.2. Radiografías de extremidades.

Las fracturas junto con las lesiones cutáneas (hematomas, contusiones y quemaduras) configuran el cuadro más evocador de maltrato físico.

El hallazgo de fracturas múltiples en distintos estadios evolutivos aun debe considerarse característicos.

La localización más frecuente es a nivel del humero (región supracondilea), fémur (diáfisis) y cubito, radio y peroné, en menores de 1 año de edad.

A pesar de las creencias generalizadas de que las fracturas de fémur en menores de 1 año no pueden deberse más que traumas intencionados, algunos autores destacan que las fracturas de fémur accidentales, por caídas en niños con deambulacion precoz pueden presentarse con una frecuencia mucho más alta de lo esperado.

4.6.2.1. Fracturas metafisiarias “en esquina” y en “asa de cubeta”.

Las lesiones metafisiarias se producen por traumatismos o maniobras bruscas y violentas de estiramiento y torsión forzada de las extremidades.

J. Caffey, en 1956, sugiere la posibilidad de que los padres, en uno de sus accesos de cólera y agresividad, puedan lesionar los huesos de sus hijos al traccionar y retorcer sus extremidades para acallar el llanto insoportable.

Los estiramientos y retorcimientos de las extremidades transmiten a la región metafisoepifisaria el efecto traumático, produciendo verdaderos arrancamientos y fragmentaciones óseas. Estas lesiones pueden observarse perfectamente en ausencia de otros signos generales de maltrato y, sobre todo, en ausencia de otras manifestaciones esqueléticas de origen traumático. El mismo factor de torsión y estiramiento producido por los obstetras durante el parto, sobre todo de nalgas, explicaría las lesiones fragmentarias y las reacciones periósticas en el recién nacido.

Las maniobras de torsión y estiramiento forzado se transmiten al periostio, capa muy fina débilmente adherida a la cortical diafisaria del hueso por la pobreza de fibras de Sharpey a este nivel, pero fuerte e íntimamente adherida a la región metafisiaria. Este hecho, junto con la fuerte inserción de los ligamientos, explicaría en definitiva los arrancamientos óseos en las zonas distales de cualquier extremidad, pero especialmente en las rodillas. Las imágenes por arrancamiento óseo son las que plantean, fundamentalmente problemas de diagnóstico diferencial con otras enfermedades óseas.

La imagen “en esquina” consiste en un pequeño fragmento o fragmentos óseos, generalmente en forma triangular, situados en los márgenes de la región metafisaria. La imagen en “asa de cubeta” consiste en una estructura de densidad ósea, curvilínea y separada de la metáfisis. Consideradas dos imágenes distintas correspondientes a distintas lesiones, son interpretadas en la actualidad como una misma lesión, manifestada por dos imágenes según la proyección radiológica. Estudios radiológico-histológicos postmortem han demostrado que el fragmento “en esquina” según proyección bidimensional se convertiría en una imagen redondeada continua en tres dimensiones. Del mismo modo, cuando la epífisis es proyectada en dos posiciones oblicuas distintas aparecería bien como una fina y delgada zona de claridad o como una ancha zona que separaría dos densidades óseas.

La necropsia sistemática, en los niños fallecidos por muerte súbita y en niños fallecidos con sospechas de malos tratos, debería incluir estudios histológicos y radiológicos de extremidades postmortem para descubrir alteraciones anatomopatológicas características.

Nuevo hueso perióstico. El periostio está adherido débilmente a la cortical diafisaria, motivo por el cual es desplegado fácilmente por hemorragias subperiósticas secundarias a traumatismos. Si el tratamiento es de débil intensidad, se observan reacciones periósticas mínimas.

Si el traumatismo es intenso, la hemorragia subperióstica va despegando el periostio desde la cortical diafisaria hasta la región metafisaria para configurar una imagen de gran involucro traumático en forma de “porra” a lo largo del eje de toda la diáfisis. La hemorragia subperióstica se hace cada vez más evidente y visible a medida que progresa calcificación iniciada desde la parte más externa del periostio.

La formación de nuevo hueso subperióstico ocurre alrededor de los 7 a 10 días, en forma de línea de densidad cálcica; este hecho radiológico, junto con el aspecto de callo de fractura, permite determinar el periodo de tiempo aproximado transcurrido desde que se produjo el traumatismo y, por tanto, demostrar la discordancia con el intervalo de tiempo referido por la familia.

A esta discordancia se añade el hecho de que los traumatismos accidentales o incluso banales la familia acude con prontitud en busca de asistencia médica, mientras en los traumatismos intencionados a veces muy graves existe un retraso.

4.6.2.2. Fracturas diafisarias en espiral.

Las fracturas en espiral, y la oblicuas en menor grado, aparecen con mayor frecuencia en los niños maltratados que en los que han sufrido un accidente. Su localización, preferentemente central en la diáfisis, se debe a la fuerza traumática simultánea de apoyo y rotación normal aplicados a dicha zona. La región proximal a la pelvis y a las rodillas estarían protegidas de los efectos traumáticos por la cápsula articular y los ligamentos, a excepción de los casos en los que el traumatismo consiste en puntapiés directamente sobre dichas zonas. Las fracturas en el hemicuerpo izquierdo, con mayor frecuencia que en el hemicuerpo derecho, indicaría la prevalencia diestra de la población general, por el hecho de enfrentarse al niño de frente en el momento de la agresión.

Las fracturas diafisarias de metacarpianos y metatarsianos se presentan habitualmente aisladas y son de tipo transversales en el maltrato, siendo de tipo conminutas en los accidentes (cogida de dedos en una puerta).

4.6.2.3. Fracturas epifisiarias.

Las lesiones epifisiarias, ya sea en forma de arrancamientos, desplazamientos, o fracturas-luxaciones, no son habituales en el maltrato. Cuando se presentan se localizan en las regiones proximales y distales del húmero, y deben valorarse, junto con las fracturas distales claviculares y acromiales, como lesiones altamente sugestivas de maltrato, sobre todo si se asocian a otras manifestaciones físicas.

4.6.3. Radiografía de cráneo.

Las fracturas craneales de niños maltratados físicamente aparecen en segundo lugar, por orden de frecuencia, después de las fracturas de extremidades. La diferenciación entre fractura accidental y no accidental a nivel de cráneo no es fácil: en las fracturas no accidentales suelen observarse unos márgenes nítidos y bien definidos y un discreto aumento de separación en la parte central de la fractura en relación con sus extremos.

La revisión llevada a cabo por J. M. Cameron demostró fracturas craneales en el 48% de autopsias de niños fallecidos por malos tratos físicos.

Las fracturas se producen en general por maltrato directo sobre la bóveda craneal, apareciendo distintos tipos: fracturas aisladas o múltiples, lineales y de bordes nítidos (fractura reciente), fracturas con hundimiento óseo, estrelladas con múltiples fragmentos (conminutas), y fracturas con separación importante de sus márgenes (diastásadas) cuando se acompañan de lesiones intracraneales, habitualmente del tipo hematoma subdural.

Se han descrito como imágenes altamente sospechosas de maltrato físico las fracturas craneales con hundimiento, las que presentan diástasis o una separación de sus márgenes de 3 mm o más, las fracturas de localización no parietal, las de configuración más compleja, las bilaterales y aquellas cuyo trayecto atraviesa saturas. Otros estudios, en contraposición, comparando las características radiológicas de las fracturas craneales de 95 niños víctimas y 39 niños maltratados, no han encontrado diferencias significativas en relación con la localización no parietal, a la descompresión o hundimiento de los imágenes, a la diástasis o a la configuración compleja. En cambio, las fracturas múltiples, las bilaterales y las fracturas cruzando las saturas, presentarían significativamente con más frecuencia en los niños maltratados que en los accidentados.

Los padres o cuidadores de los niños alegan generalmente, como mecanismo causal de las fracturas, una caída accidental del recién nacido o del lactante desde los brazos o una caída desde la cuna al suelo. Sin embargo, estudios sobre caídas accidentales demostradas desde la cuna han señalado la escasísima presentación de fracturas por dicho mecanismo.

Las fracturas craneales con hematoma subdural y/o hemorragias retinianas pueden presentarse aisladamente sin fracturas de cráneo. En este caso el mecanismo de producción de las lesiones intracraneales o del fondo del ojo, sin fractura craneal, puede deberse a sacudidas bruscas y violentas del cuerpo del cuerpo del niño y como consecuencia rupturas vasculares a nivel intracraneal.

4.7. Aspectos médico legales del maltrato infantil.

Desde el punto de vista médico legal, A. Tardieu, catedrático de medicina legal de Paris (1860), es quién alerta sobre las lesiones sufridas por los niños, basándose en su experiencia tanatologica y médico legal. Tiene que pasar más de una década hasta que Henry Kempe (1962) defina el síndrome del niño apaleado.

El niño no es una propiedad privada de los padres, sino un sujeto de derechos en proceso de formación y crecimiento, para lo cual necesita una serie de cuidados especiales que le han de ser proporcionados por sus padres y la sociedad.

¿Por qué el médico omite la comunicación a la autoridad judicial correspondiente?

Hay dos tipos de razones.

1. No se diagnostican:

No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan ni siquiera a sospecharse, y esto ocurre por varias circunstancias:

a) La ausencia de una definición omnicomprendensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades, por la multitud de factores implicados.

b) La dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental, sin intencionalidad, lo que no impide que exista cierto grado de negligencia (no actuar debidamente para salvaguardar la seguridad, protección y bienestar del niño en su integridad total) o abandono en muchos de los accidentes infantiles.

Hay desacuerdo entre los médicos acerca del grado de responsabilidad, en relación con la seguridad del niño, que corresponde a los padres y cuidadores.

El comunicar a la autoridad como maltrato una lesión por negligencia o abandono dependerá de una serie de factores: posibilidad de prevenir el accidente, situación en que se produjo, reincidencia de los accidentes, etc., y, en último término, de la preocupación que tenga el pediatra por el bienestar del niño.

c) Desinformación profesional, que impide identificar las lesiones. La información que recibe en las etapas de formación académica tanto los de Pre y Post-graduado, incluidos los médicos residentes de pediatría sobre el maltrato, es escasa o nula.

d) Criterios personales del propio facultativo:

- Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el facultativo comparte.

- El castigo físico pueden considerarlo como medida de disciplina y por lo tanto no ser para él un maltrato. Tampoco están de acuerdo los médicos en que es lo que constituye una disciplina inadecuada, ni cuando tienen que denunciarla como maltrato aun no considerándola como tal.

- Todos los incidentes de la infancia son evitables, y por tanto serian malos tratos y viceversa.

2. Se diagnostican, pero no se da parte:

Son varias las circunstancias que inciden en ello:

- a) Las lesiones son consideradas poco importantes.
- b) No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse).

A este respecto conviene aclarar que el médico no denuncia, solo comunica la sospecha de la existencia de un maltrato; la investigación no le corresponde a él.

Es un concepto erróneo de muchos facultativos pensar que emitir un parte de lesiones es equivalente a poner una denuncia y por ello tienen miedo a que si luego no se confirma el maltrato sea denunciado por los padres o tutores.

- a) Preocupaciones de índole personal del médico: legales (posibilidad de tener que declarar, etc.) económicas (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración, perdida de horas de trabajo, etc.), comodidad, miedo (a la reacción de los padres, familiares; a ser denunciado por los padres).
- b) Experiencias anteriores, en las cuales, a pesar de comunicar al autoridad competente la sospecha de maltrato, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente.
- c) Muchos médicos y pediatras piensas que cuando se comunica la sospecha de un maltrato el niño sale más perjudicado que beneficiado porque:
 - El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue o interroque y actuará posteriormente con más violencia.
 - Más valen unos malos padres que una buena institución; lo más probable es que el menor perjudicado no valore de igual forma la buena intencionalidad y cariño de sus progenitores.

4.7.1. Papel del médico forense en el maltrato infantil.

La actuación del médico forense requiere siempre la preceptiva orden judicial; de ahí que en ningún caso deba comunicárseles en primer lugar el conocimiento de los hechos.

Solo el juez determinara la presencia del médico forense, solo o en su compañía, para el esclarecimiento de los hechos.

La pericia médico legal consiste en las acciones que se indican:

Niño vivo.

Exploración del menor y constatación de las lesiones sufridas, mecanismo etiológico y medidas terapéuticas instauradas, ya sea en el hospital, en el domicilio o en las dependencias judiciales.

Seguimiento evolutivo hasta la curación definitiva, con emisión de parte de estado al juez en los que constan las situaciones patológicas anteriores, concomitantes o posteriores a las lesiones que influyan en el proceso normal de curación de las mismas.

Emisión del parte de sanidad en el que se especifican las lesiones sufridas, el tratamiento requerido (hospitalización, medicación intervención quirúrgica, rehabilitación medidas psicoterapéuticas), los días de impedimento del niño para sus actividades habituales y las secuelas orgánicas o psíquicas que hayan podido derivarse de aquellas lesiones o de la situación de maltrato reiterado.

Valoración psicológica del niño, que requeriría la recopilación de informes de psiquiatras, psicólogos infantiles y trabajadores sociales, o la solicitud de los mismos en las actuaciones judiciales.

Informe psiquiátrico del autor de los hechos.

El examen médico forense es muy posible que se realice cuando el niño se encuentran completamente curado de las lesiones sufridas o solo se evidencien las consecuencias de las mismas si la situación del niño no ha revestido una extrema gravedad o no ha requerido la adopción de medidas cautelares urgentes.

Niño muerto.

La intervención del médico forense viene impuesta, en estos casos, por el artículo 343 de la LECr, que establece la necesidad de la realización de la autopsia en toda muerte violenta o sospechosa de criminalidad, aun cuando por el aspecto externo pudieran presumírsele las causas de las mismas.

La práctica de la autopsia está encaminada, por tanto, a determinar la causa y facilitar la comprensión de las circunstancias del fallecimiento. Por ello el informe pericial debe integrar los hallazgos observados en la realización de la autopsia, junto con los datos de los exámenes microscópicos pertinentes y los resultados de análisis solicitados.

Teniendo en cuenta de dicho informe, debe considerar, además, los datos recogidos en el levantamiento del cadáver y la información aportada por los padres, familiares, cuidadores y facultativos, que permitan asesorar correctamente a la autoridad judicial para el esclarecimiento de los hechos.

Tanto en lesiones no graves como en los que se produce fallecimiento adquiere especial relevancia el parte emitido por el pediatra a la autoridad judicial, la priorización de los datos especificados, las evidencias fotográficas y la buena comunicación entre el médico asistencial o pediatra y el médico forense.

Todo ello facilitara la emisión de un informe pericial completo por este último que permita al juez valorar ajustadamente el delito y sus consecuencias, pidiendo las aclaraciones pertinentes del médico forense y evitando así la comparecencia del facultativo asistencial en los juzgados para ratificación o ampliación de informes médicos o la citación para asistencias a juicios.

4.8. Prevención del Maltrato Infantil.

Durante el último decenio del siglo XX, la convención sobre los derechos del niño ejerció una influencia profunda; los funcionarios de los gobiernos nacionales y locales toman conciencia de las consecuencias que conllevan la obligación jurídica de respetar esos derechos.

Seis de las principales organizaciones dedicadas a la causa de los niños – BRAC, Netaid.org Foundation, PLAN Internacional, Save the Children, el UNICEF y World Vision – se unieron para anunciar la puesta en marcha de un movimiento mundial a favor de la infancia. El objetivo de ese movimiento global e integrador consiste en convocar a todos los que creen que se debe de dar prioridad absoluta en los derechos del niño.

En Nicaragua; en el ámbito del hogar.

El castigo corporal es legal en el ámbito familiar.

El artículo 5 del código de la niñez y la adolescencia (1998) estipula: “ Ninguna niña, niño , adolescente, será objeto de cualquier forma de discriminación , explotación , traslado ilícito dentro o fuera del país , violencia , abuso o maltrato físico, psicológico y sexual, tratamiento inhumano, aterrador, humillante, opresivo, trato cruel, atentado o negligencia , por acción u omisión a sus derechos y libertades. Es deber de toda persona velar por la dignidad de la niña, niño o adolescente, poniéndolo a salvo de cualquiera de las situaciones anteriormente señaladas. La niña, niño y adolescente tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques y los que los realizaren incurrirán en responsabilidad penal y civil.” Esto no es interpretado como prohibición de toda forma de castigo corporal de niños dentro del hogar. El artículo 85 estipula: “las personas que por acción u omisión realicen maltrato, violencia o abuso físico, psíquico o sexual, estarán sujetos a las sanciones penales que la ley establece...”. Otra fuente de protección contra el maltrato está contenida en la ley reguladora de relaciones entre padre, madre e hijos.

Los padres tienen la obligación de proteger, educar y cuidar de sus hijos conforme al código de la niñez y la adolescencia (artículo 6), y conforme a la constitución (1986) el estado de proteger a los niños de la violencia en la familia (artículos 71y 76). Según el código de la niñez y la adolescencia, las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un ambiente familiar que propicie su desarrollo integral (artículo 26). Otra fuente de protección se encuentra en la ley N° 230 de Reformas y adiciones al código penal para la prevención y sanción de la violencia intrafamiliar (1996).

4.8.1. En el ámbito de la escuela.

El castigo corporal es legal en el ámbito educativo. El artículo 43 del código de la niñez y la adolescencia estipula que las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a gozar del respeto de sus educadores, y el artículo 49 prohíbe el uso de “cualquier medida o sanción” abusiva a los educandos que les cause daños físico, morales y psicológicos”, pero no hay prohibición explícita del castigo corporal. También se aplica al artículo 85.

4.8.2. En el ámbito de los niños en conflicto con la ley penal.

El castigo corporal es ilegal como sentencia por un delito y como medida disciplinaria en las instituciones penales. El artículo 101 del código de la Niñez y la adolescencia estipula que el adolescente sujeto a la justicia penal tiene el derecho a ser tratado con respeto, a su dignidad e integridad personal. El artículo 113 establece el derecho del adolescente a no ser incomunicado ni sometido al régimen de aislamiento, ni a la imposición de penas corporales. El castigo corporal también está prohibido por el artículo 7 de la Ley del régimen Penitenciario y Ejecución de la Pena (2003).

4.8.3.1. En el ámbito de las instituciones públicas o privadas que brindan cuidados y protección a los niños.

No hay prohibición explícita de castigo corporal en otras instituciones y formas de cuidados infantil. Los niños están protegidos legalmente del maltrato infringido por personas en las instituciones públicas y privadas, conforme a los artículos, 49 y 85 del Código de la Niñez y la Adolescencia.

4.8.3.2. Recomendaciones de los Órganos de Vigilancia de los Tratados de Derechos Humanos.

Comité de los Derechos del Niño.

(24 de Agosto de 1999, CRC/C/15/Add.108)

“en lo que respecta a la aplicación de su recomendación relativa la necesidad de adoptar todas las medidas posibles para prevenir y combatir os casos de abusos y malos tratos de los niños, el comité celebra la promulgación de la ley contra la violencia intrafamiliar (1996). No obstante, es opinión del comité que estas medidas han de ser reforzadas. Se expresa preocupación por la insuficiente sensibilidad de la opinión pública respecto de las consecuencias negativas de los malos tratos y el abuso, incluidos el abuso sexual tanto dentro como fuera de la familia. También se expresa preocupación por la escasez de recursos tanto financieros como humanos, así como por la falta de personalidad suficientemente capacitada para evitar y combatir estos abusos. Así mismo son motivos de preocupación la insuficiencia de las medidas en los servicios de rehabilitación para estos niños y su limitado acceso a la justicia.

A la luz de, entre otro, los artículos 19 y 39 de la Convención, el comité recomendando que el Estado parte adopte todas las demandas necesarias, incluidas las organizaciones de programas multidisciplinarias y la opción de medidas de rehabilitación para prevenir y combatir el abuso de los niños y los malos tratos dentro de la familia, en escuelas y en otras instituciones, incluido el Sistema de Justicia de menores y en la sociedad en general. Sugiere, entre otros, que se refuercen los mecanismos jurídicos respecto a estos delitos; hay que reforzar los procedimientos y mecanismos apropiados para tramitar las denuncias de abuso de niños a fin de que los niños puedan tener rápido acceso a la justicia y evitar la impunidad de los culpables. Además, han de establecerse programas educativos para luchar contra las actitudes tradicionales en el seno de la sociedad respecto de esta cuestión....”

Comité de los Derechos del Niño.

(20 de Junio de 1995)

“Al comité le preocupa hondamente los problemas de malos tratos y violencia que persisten en la familia y en la sociedad en general. Habida cuenta de esta realidad, el comité se sigue preocupando por la idoneidad de las medidas para impedir esos malos tratos y violencias, reaccionar a los informes de malos tratos presentados por niños, proteger a los que denuncian malos tratos e impedir que queden impunes los que hayan perpetrados. “

“El comité recomienda al estado parte que utilice la convención como instrumento para impedir la violencia y los malos tratos. Para conseguirlo, el comité propone que se enseñe a los niños a defender sus derechos y que el personal adiestrado en trabajar con niños y para niños inculque a estos los valores para la prevención...”

El comité recomienda al Estado parte que estudie la posibilidad de prestar atención preferente a la organización de una campaña más amplia y mejor coordinada que tenga por objeto solucionar los problemas correlacionados de índole familiar que represente elevado número de separaciones familiares, el índice relativamente elevado de mortalidad maternal y de embarazos de adolescentes, el número de niños víctimas de violencia o malos tratos y el número creciente de niños que viven y piden limosna en las calles y que esta expuestos a la explotación sexual.”

V. Diseño metodológico.

➤ TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal.

➤ ÁREA DE ESTUDIO:

Se realizó el estudio en el Área de estadística del Instituto de Medicina Legal de la ciudad de Managua, Nicaragua.

➤ POBLACIÓN DE ESTUDIO:

La población estudiada está compuesta por todos los casos de maltrato infantil cuyo final fue la muerte, consumados en la ciudad de Managua, en el período del año 2005 al año 2007, las cuales cumplieron con los criterios de admisión.

Criterios de Inclusión.

Que la causa básica de muerte haya sido el maltrato infantil

Que la víctima haya sido valorada en el Instituto de Medicina Legal

Criterios de Exclusión.

Fallecimiento de la víctima 24 horas después del homicidio.

Que no cumpliera con los criterios de inclusión.

➤ OBTENCION DE INFORMACION.

Se considera como fuentes de información formularios clínicos y los expedientes médicos legales, así como textos bibliográficos, artículos científicos.

➤ **MÉTODOS E INSTRUMENTOS.**

El instrumento de recolección de datos fue una ficha previamente elaborada (ver anexos), en la cual se incluyeron todas las variables de la investigación. Dicha ficha fue diseñada con base en la información necesaria para cumplir nuestros objetivos específicos.

La ficha de recolección consto de cinco secciones, las cuales detallamos a continuación:

- Situación socio-demográficos de la población infantil a estudio.
- Agentes lesivo encontrados en los niños maltratados.
- La relación de la víctima con el agresor.
- El mecanismo de muerte del menor y los hallazgos postmortem.
- Estudio posmortem realizadas a las víctimas.

➤ **PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.**

El procesamiento de la información se realizo primeramente por recolección de la información por medio del método de los palotes; posteriormente dichos datos fueron procesados por métodos computarizados en el ambiente de Windows Vista con Word como procesador de texto y el sistema SPSS para estadísticas como procesador de datos.

➤ **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

➤ **Operacionalización y conceptualización de variables.**

Objetivo nº 1:

- 1. Determinar la situación socio-demográficos de la población infantil a estudio.**

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADOR.	VALOR.
Edad.	Tiempo que una persona tiene vida.	Edad registrada en el expediente.	Años. Semanas. Días.
Género.	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Género registrado en el expediente.	Femenino. Masculino.
Escolaridad.	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Curso registrado en el expediente.	Analfabeta. Primaria. Secundaria.
Zona donde ocurrió el deceso.	Lugar donde ocurrieron los hechos.	Área registrada en el expediente.	Urbana. Rural.
Distrito policial.	División policial de la ciudad de Managua.	Número registrado en el expediente.	Uno al ocho.

Objetivo nº 2:

2. Establecer los agentes lesivos encontrados en los niños maltratados.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADOR.	VALOR.
Agente lesivo.	Tipo de agente lesivo.	Efectos lesivos que se producen en el organismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Arma Blanca. • Arma de fuego. • Agente contuso. • Agente Químicos. • Agente Biológico. • Agente Eléctrico. • Asfixia Mecánica.

Objetivo nº 3:

3. Determinar la relación de la víctima con el agresor.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INIDICADOR.	VALOR.
Relación de la víctima con el agresor	Este es el vínculo, la conexión, el enlace o la relación que existe con el victimario.	Conocidos: hasta 4º Grado de consaguinidad registrado en el expediente.	Padre. Madre. Abuelos. Tíos. Padrastro. Madrastra. Niñera. Antisociales.

Objetivo nº 4.

4. Identificar el mecanismo de muerte del menor y los hallazgos postmortem más representativo.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADOR.	VALOR.
Escena de la muerte.	Estudio meticuloso, ordenado y documentado del cuerpo de la persona fallecida y el lugar donde ocurrió la muerte.	Persona quién realizó el levantamiento. Hora de la muerte.	Policía/ forense A.M/ P.M. Dias. Exhumación.
Mecanismo de muerte.	Método utilizado para causar la muerte.	Métodos.	Hemorragia por arma de fuego. Hemorragia por arma blanca. Asfixia por sumersión. Asfixia por ahorcamiento. Politraumatismo. Intoxicación. Aborto provocado. Asfixia por sofocación. Negligencia por falta de tutela.
Exámenes complementarios.	Estudios especiales que contribuyen a esclarecer la manera de muerte.	Estudio toxicológico realizado en el área de estadística.	Alcohol etílico. Drogas de abuso.(cocaína) Plaguicida.(Fosfina)
Etiología médico legal.	Estudios de las causas del origen de la muerte.	Datos recolectados en el área de estadística.	Homicida. Suicida. Accidental. Natural

OBJETIVO nº 5:

5. Determinar el tipo de estudio postmortem realizado a las víctimas.

VARIABLE.	DEFINICION OPERACIONAL.	INDICADOR.	VALOR.
Autopsia practicada.	Es la disección de un cuerpo muerto para determinar por medio de la observación, la causa de la muerte o la naturaleza de la enfermedad.	Tipo, registrado en el expediente.	Autopsia Total. Autopsia Parcial. Reconocimiento externo.

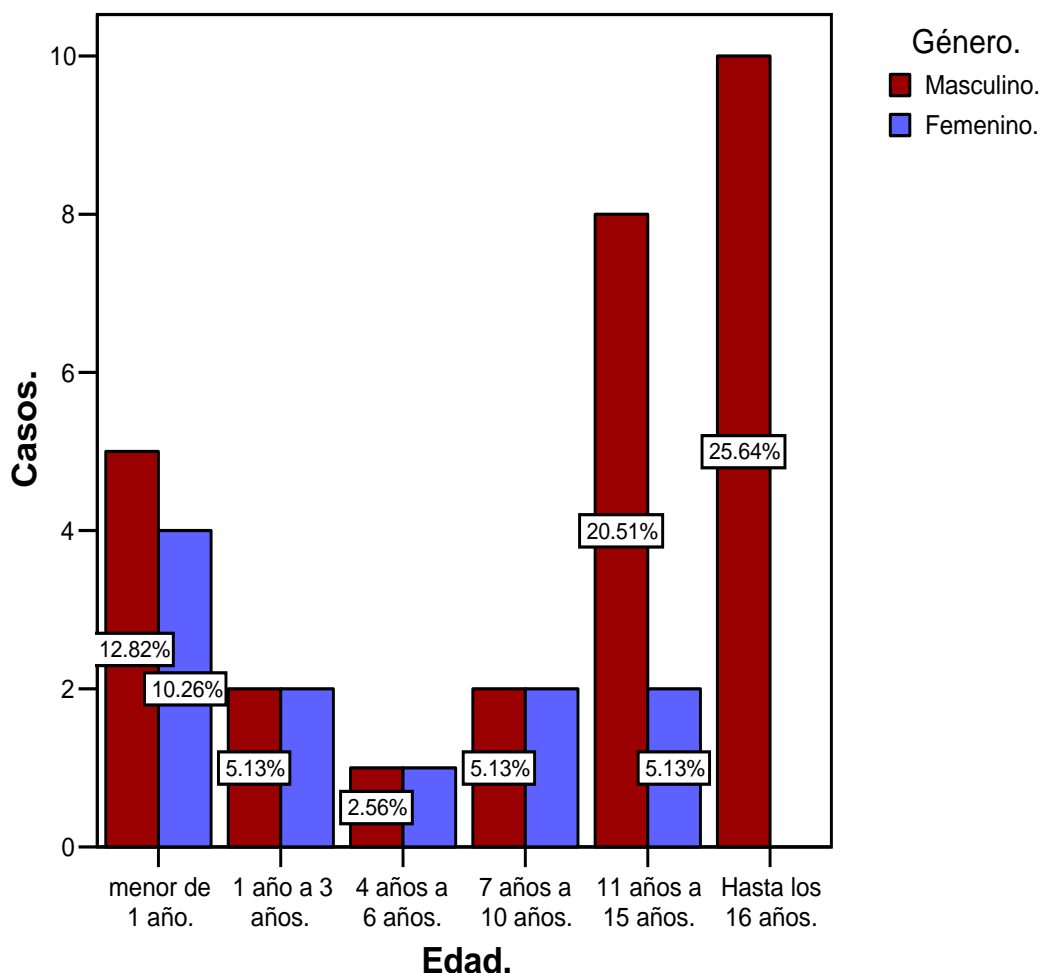
VI. Análisis y discusión de los resultados.

Edad de las víctimas según el Género.

Del total de casos de niños fallecidos un 71.79% pertenecían al género masculino, de los cuales un 25.64% se encuentran en la edad de hasta los 16 años y un 28.21% al género femenino, de las cuales 10.26% se encuentra en la edad menor de un año. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 1).

Gráfico No. 1

Edad de las víctimas según el género.



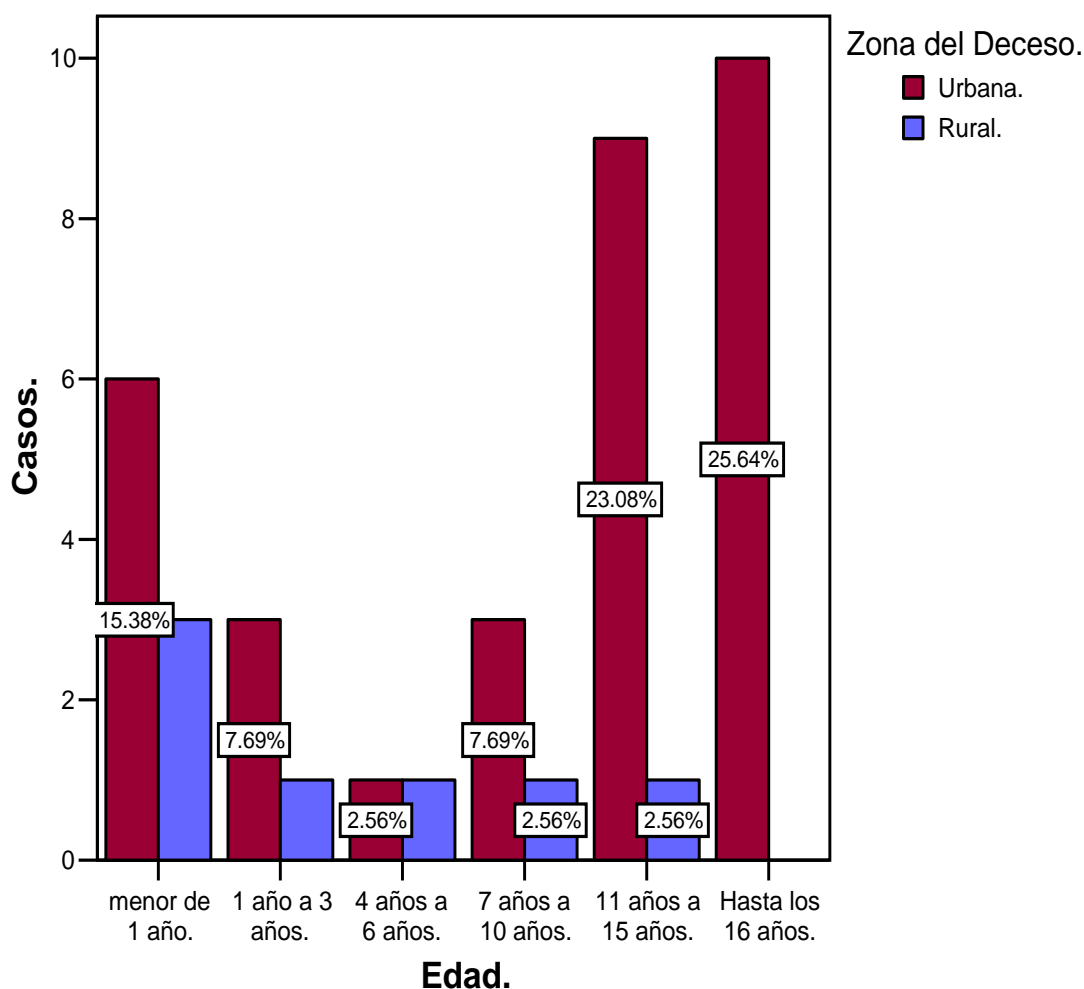
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Edad de las víctimas según la zona del deceso.

Del total de los casos de niños fallecidos, en relación a la procedencia, un 82.05% habitaban en zonas urbanas, de los cuales un 25.64% se encontraban en la edad de hasta los 16 años y un 17.95% vivían en zonas rurales donde los más afectados son los menor de un año con un 7.69%. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 2)

Gráfico No. 2

Edad según la zona del deceso.



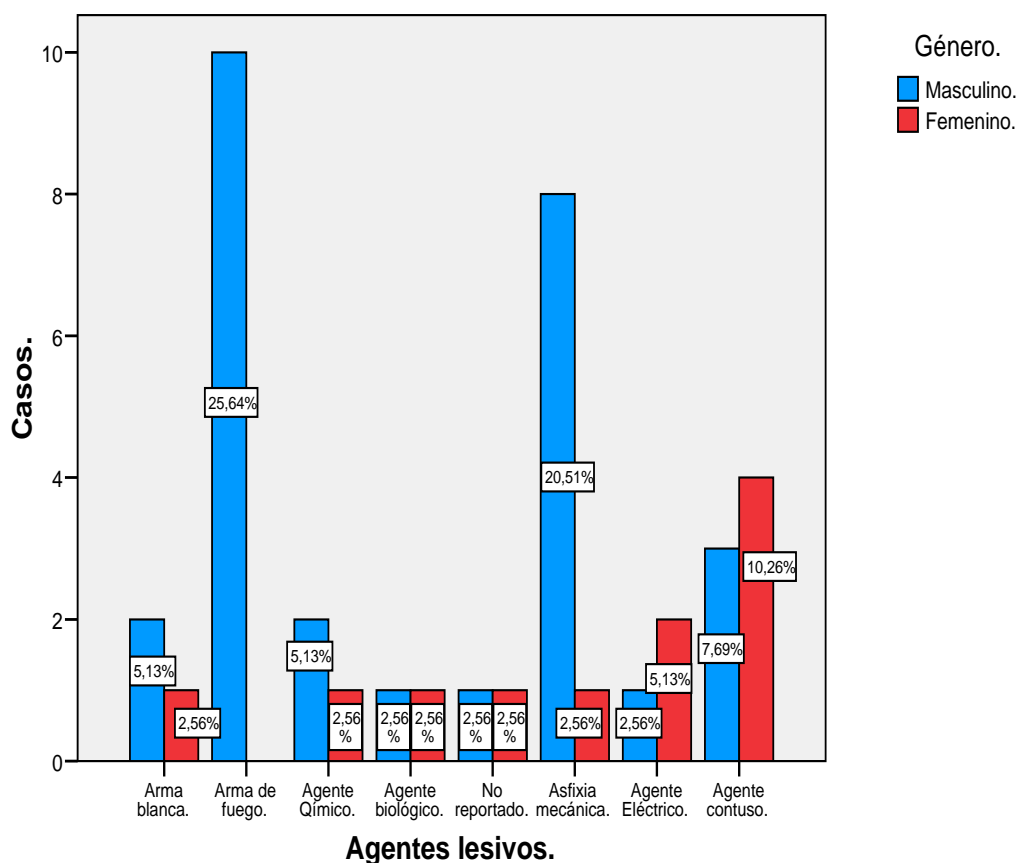
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal

Agentes lesivo en las víctimas según el Género.

Del total de casos reportados de los niños fallecidos, el agente lesivo más común fue el arma de fuego con un 25.64%, siendo estos del género masculino, y en segundo lugar asfixia mecánica con un 23.08%, de los cuales un 20.51% son del género masculino y un 2.56% son del género femenino y el tercero fue el agente contuso con un 17.95%, de los cuales el 10.26% afectaron al género femenino. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 3)

Gráfico No. 3

Agente lesivo según el Género.



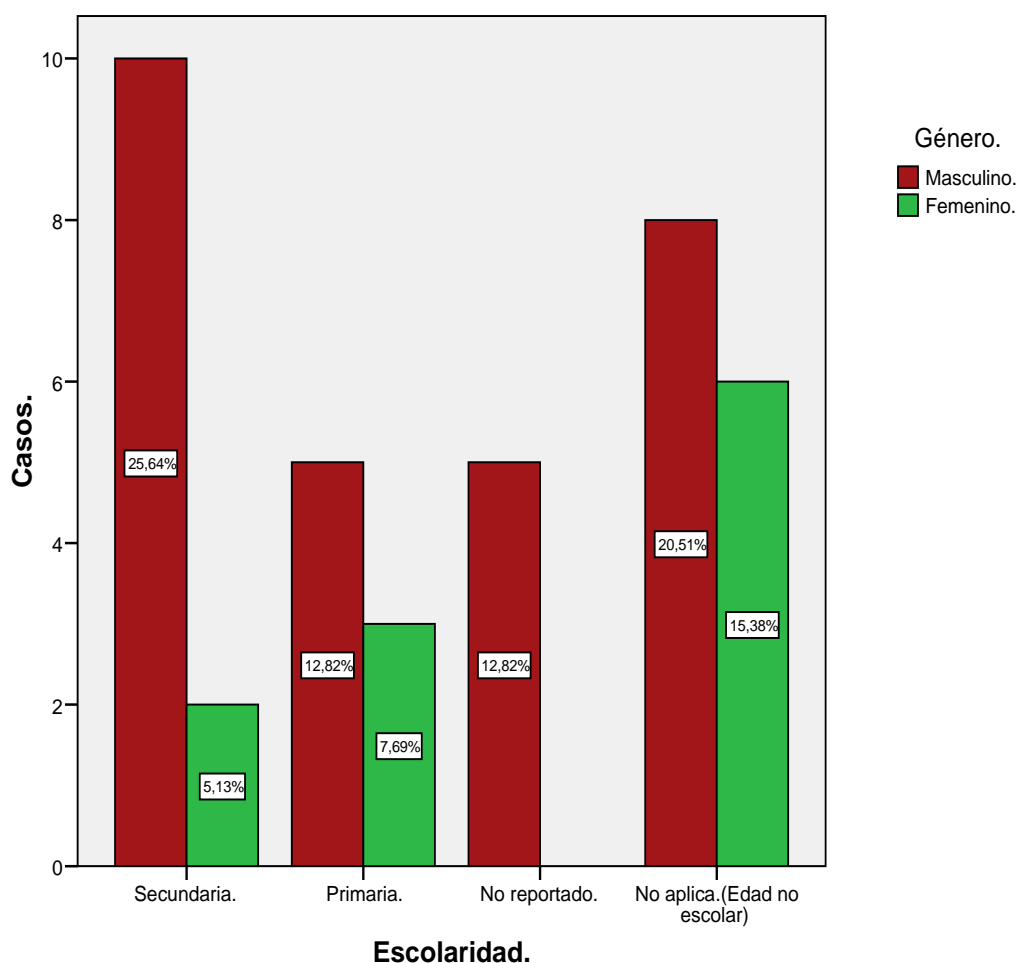
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Escolaridad de los niños según el Género.

De los casos reportados como fallecidos un 30.77% tenían un nivel de escolaridad de secundaria, y de los cuales un 25.64% son del género masculino y un 20.5% son de primaria de los cuales un 7.69% son del género femenino (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 4).

Gráfico No. 4

Escolaridad segun el Género.



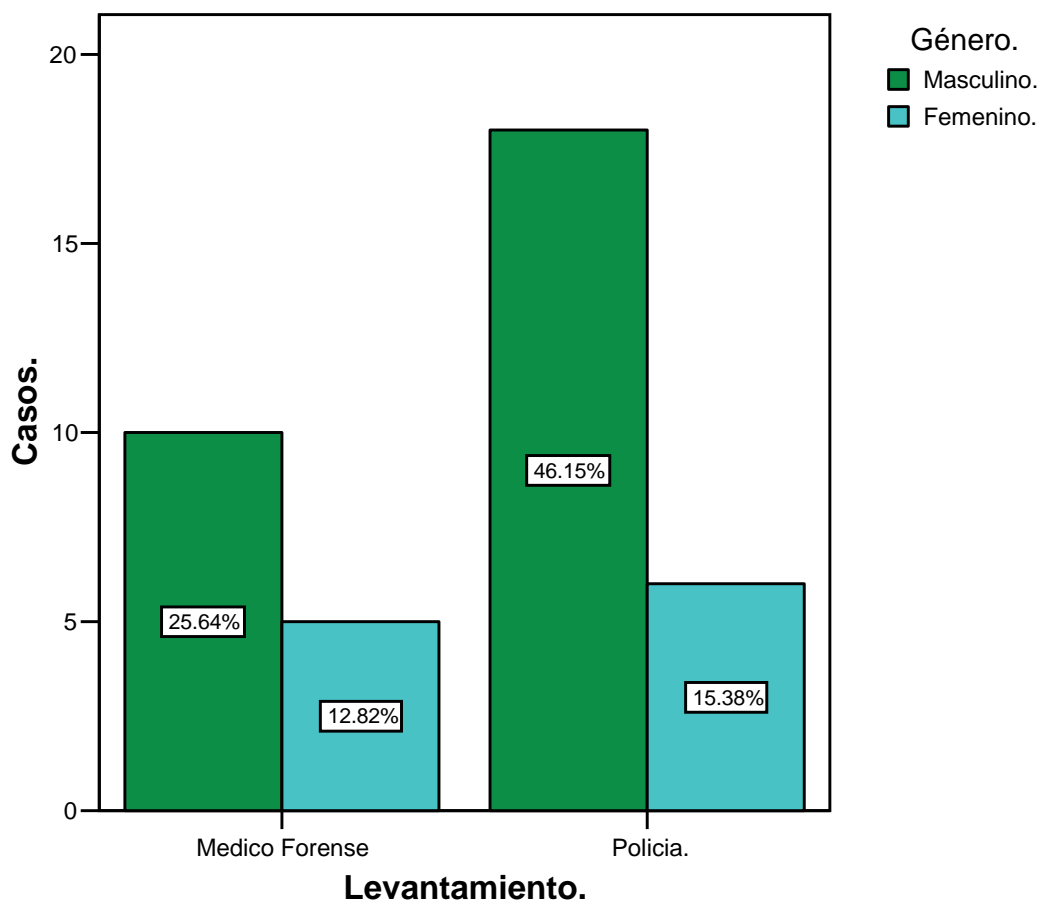
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Levantamiento de la víctima según el Género.

En relación con el levantamiento del total de niños fallecidos un 38.46% lo realizó el médico forense de turno y un 61.54% fueron trasladados de la escena por la policía nacional al IML, de los cuales el 46.15% de los levantamientos realizados fueron del género masculino y un 15.38% son del género femenino. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 5).

Gráfico No. 5

Levantamiento de la víctima según el Género.



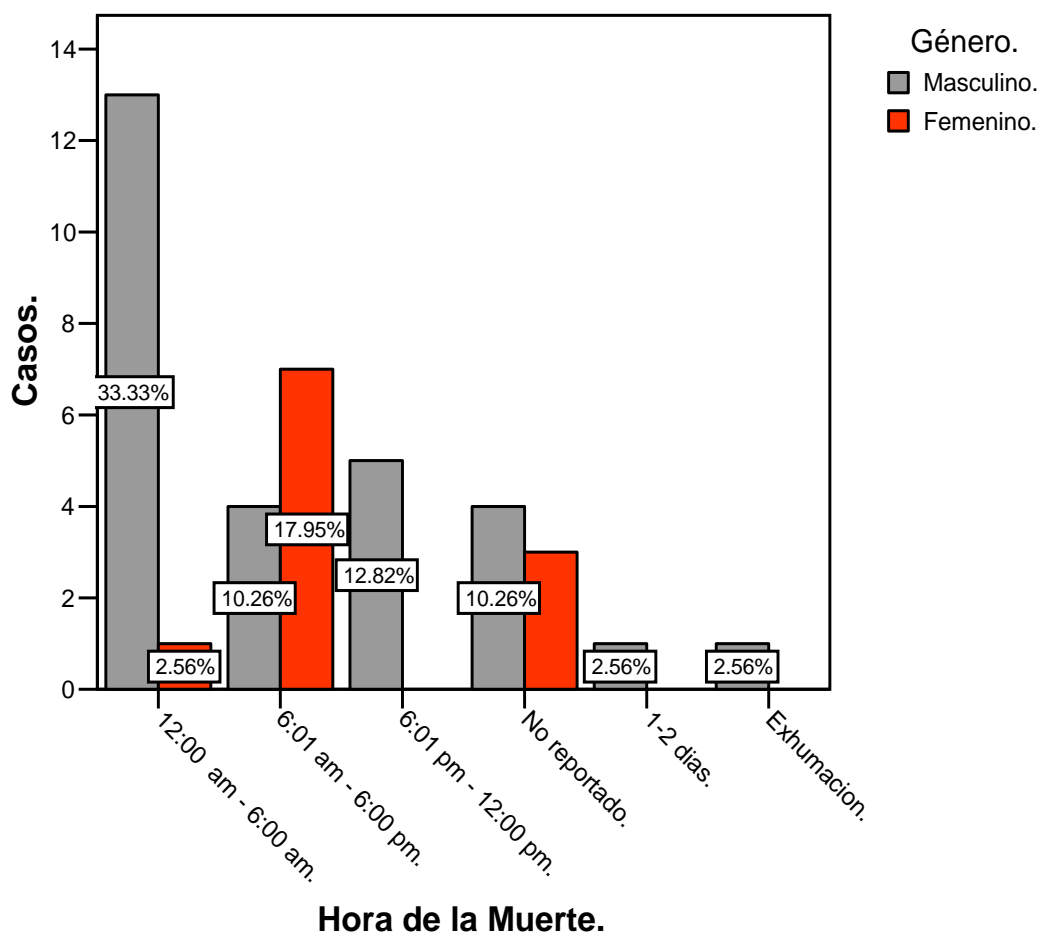
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Hora de la muerte según el Género de la víctima.

En cuanto a la hora de la muerte de los niños fallecidos que fueron reportados al IML un 35.9% falleció entre las 12:00 am y las 6:00 am, de los cuales un 33.33% fueron del género masculino y en segundo lugar un 28.21% entre 6:01 am y 6:00 pm de los cuales un 17.95% son del género femenino. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 6).

Gráfico No. 6

Hora de la muerte según el Género de la víctima.

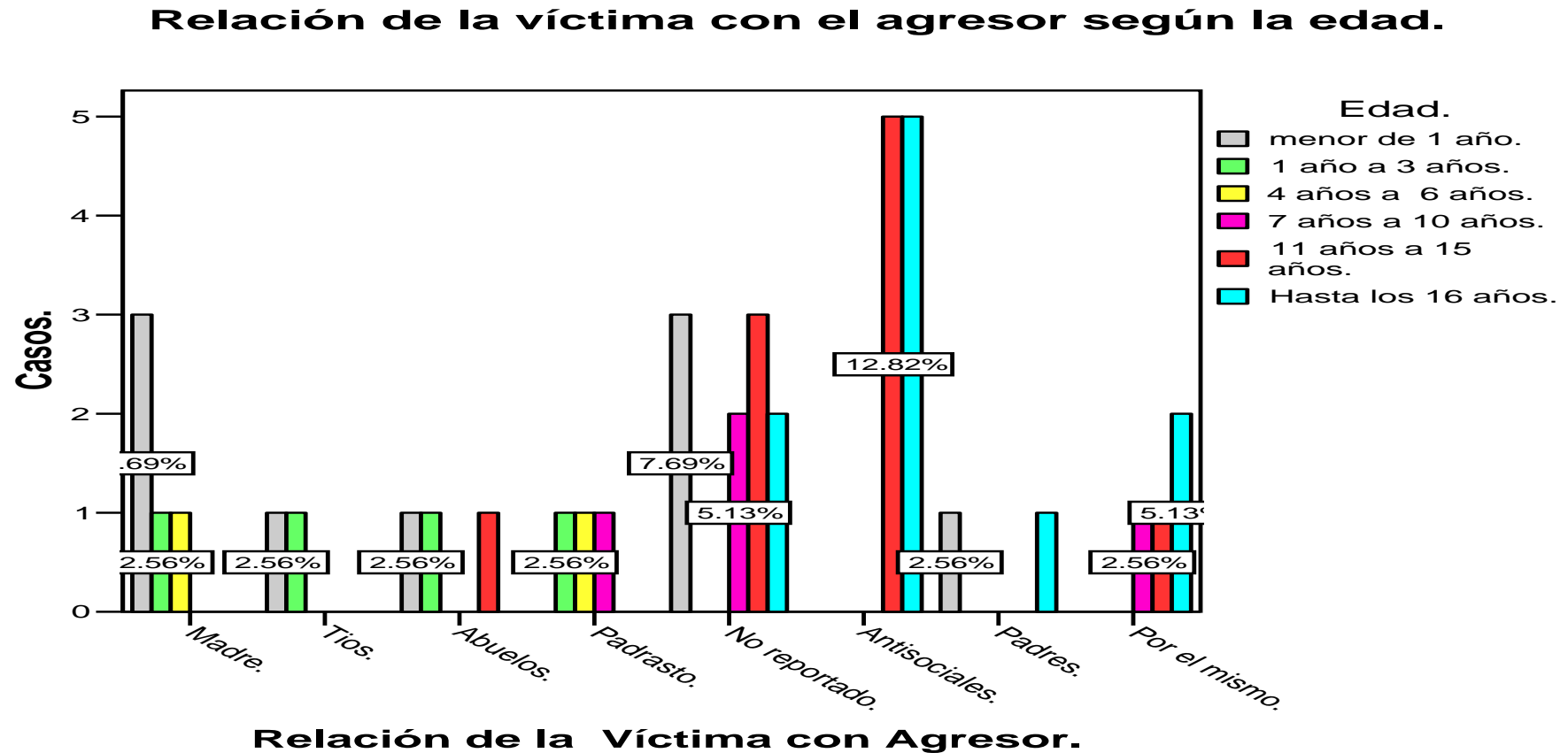


Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Relación de la víctima con el agresor según la edad.

En la relación a la identificación del agresor con respecto a los niños fallecidos, la figura más relevante fue la del Antisocial con un 25.64%, siendo las víctimas niños entre las edades comprendidas de 11 a 15 años con un 12.82% y hasta los 16 años con un 12.82 % respectivamente. En segundo lugar sobresale la figura del agresor como **No reportado** que ocupó un 25.64%; y en tercer lugar el agresor con la figura de la Madre ocupó un 12.82%, siendo las edades más afectadas los niños menores de 1 año con 7.69% (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 7)

Gráfico No. 7



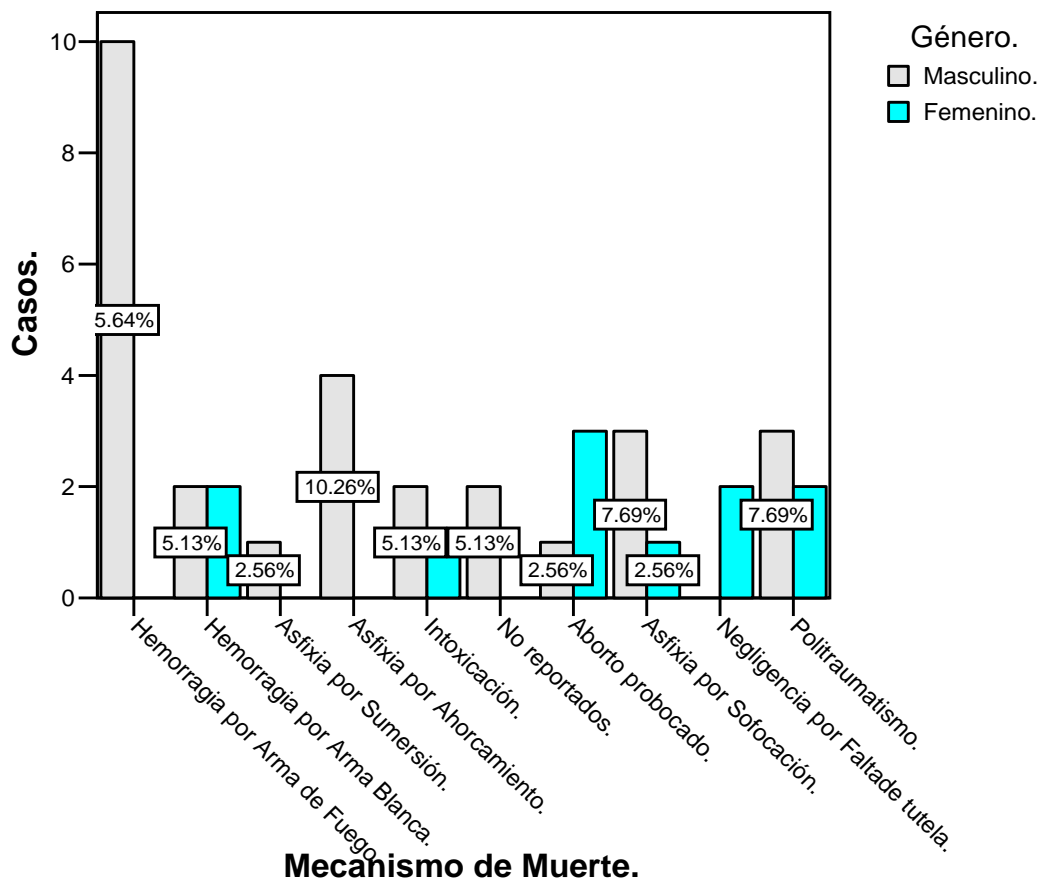
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal

Mecanismo de la muerte de la víctima según el Género.

En relación al mecanismo de muerte de los menores de edad fallecidos que ingresaron al IML, el mecanismo más frecuente fue por hemorragia a causa de heridas por proyectil disparado con Arma de fuego con 25.64% y que correspondieron al género masculino y un 10.26% para cada uno de los siguientes mecanismos respectivamente: asfixia por ahorcamiento, fracturas, aborto provocado y asfixia por sofocación respectivamente. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 8)

Gráfico No. 8

Mecanismo de muerte en la víctima según el Género.



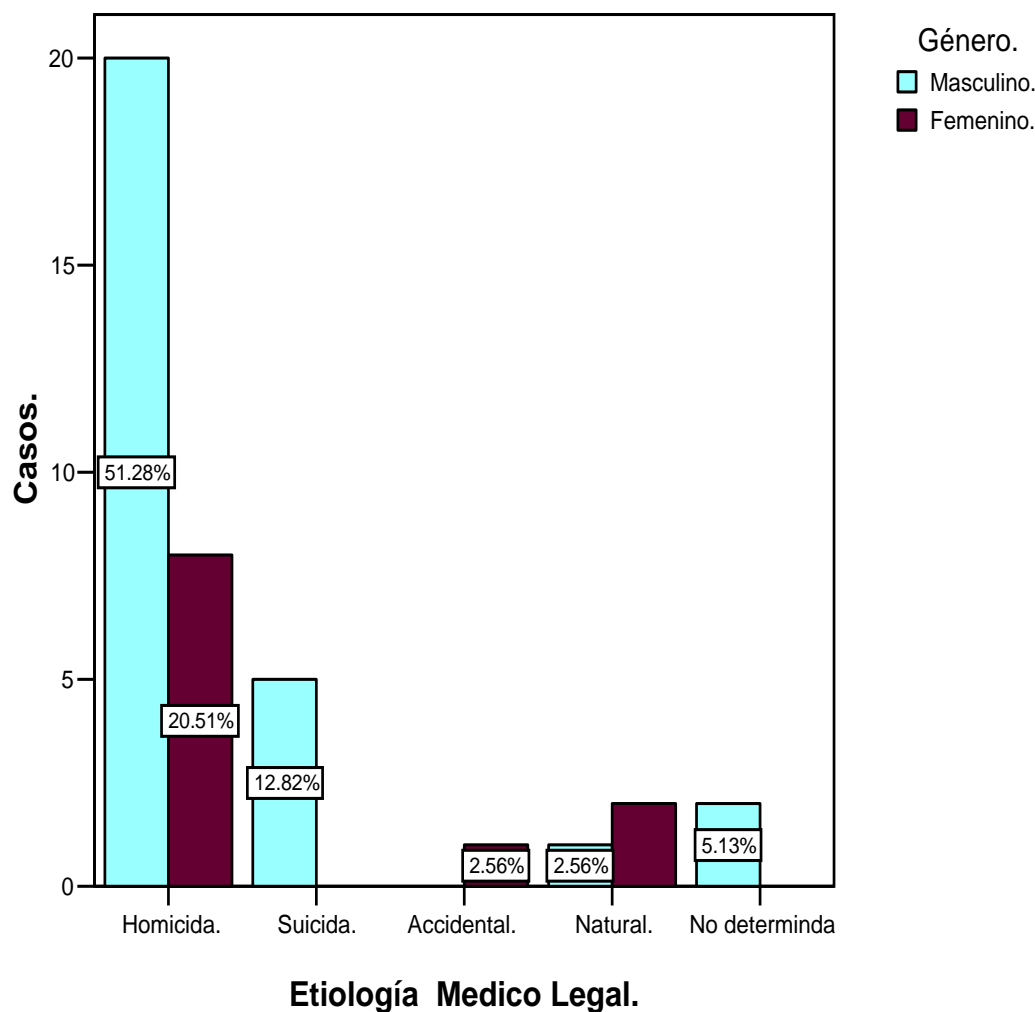
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Etiología médico legal en la víctima según el Género.

En relación a la etiología médico legal de las muertes producidas en los menores de edad que ingresaron fallecidos al IML, un 71.79% fueron tipificados después de la autopsia medicolegal como muertes homicidas de los cuales el 51.28% de los fallecidos pertenecían al género masculino y el 20.51% del género femenino. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 9)

Gráfico No. 9

Etiología médico legal en la víctima según el Género.



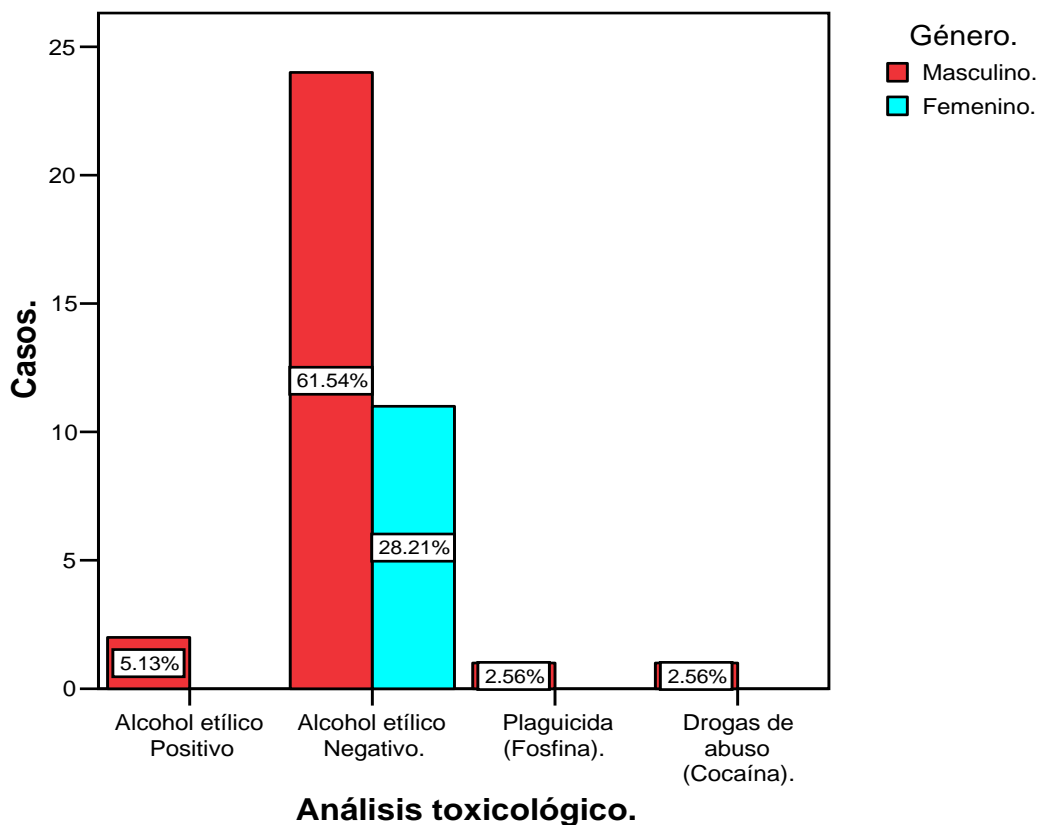
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Análisis toxicológico en la víctima según el Género

En relación con los resultados de los análisis toxicológicos, que fueron realizados a los menores de edad que ingresaron fallecidos al IML en un 89.74% de los resultados fueron NEGATIVOS para la presencia de alcohol etílico, de los cuales el 61.54% pertenecen al género masculino y un 28.21% son del género femenino. Y un 5.13 % se pudo determinar la presencia de alcohol etílico en sangre venosa, perteneciente al género masculino. Un caso se reportó la presencia de cocaína, también del género masculino y en un caso se determinó la presencia de plaguicida fosforo de aluminio. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 10)

Gráfico No. 10

Análisis toxicológico en la víctima según el Género.



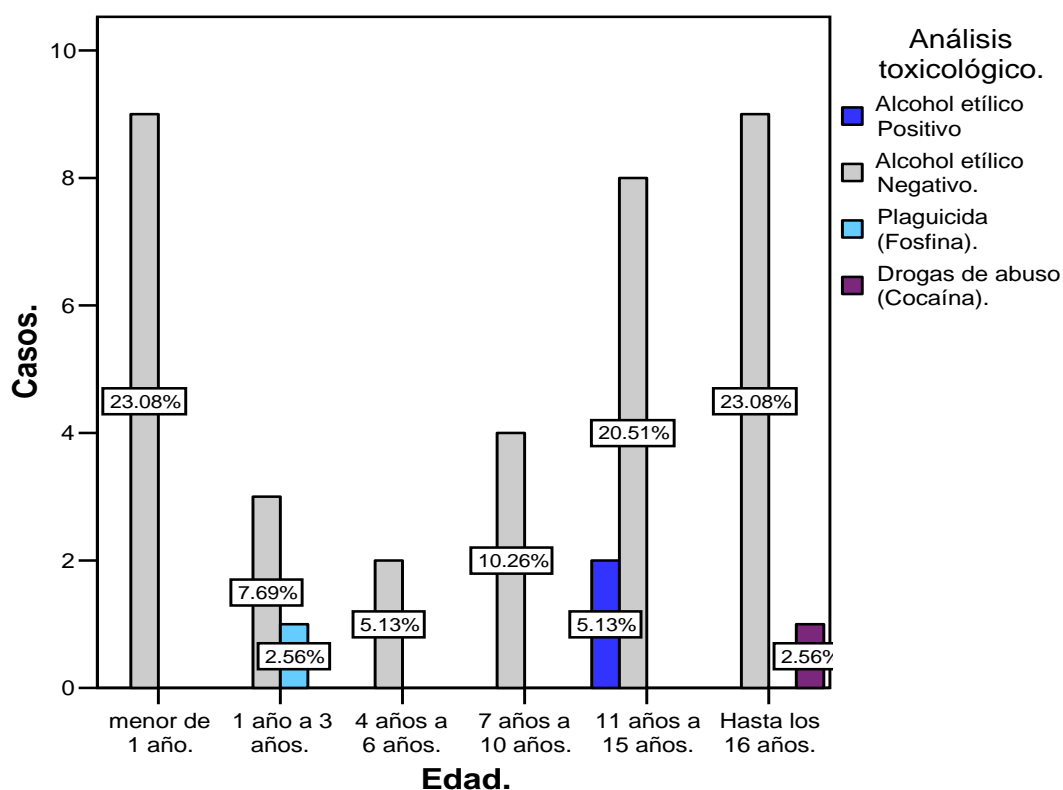
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Grupos de edades según el Análisis toxicológico en las víctimas.

Con relación al análisis toxicológico en la víctima un 89.74% se encontró alcohol etílico negativo de los cuales el 23.08% pertenece a la edad menor de un año y hasta los 16 años respectivamente y seguido de un 20.51% entre la edad de 11 a 15 años. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 11)

Gráfico No. 11

Análisis toxicológico según la edad.



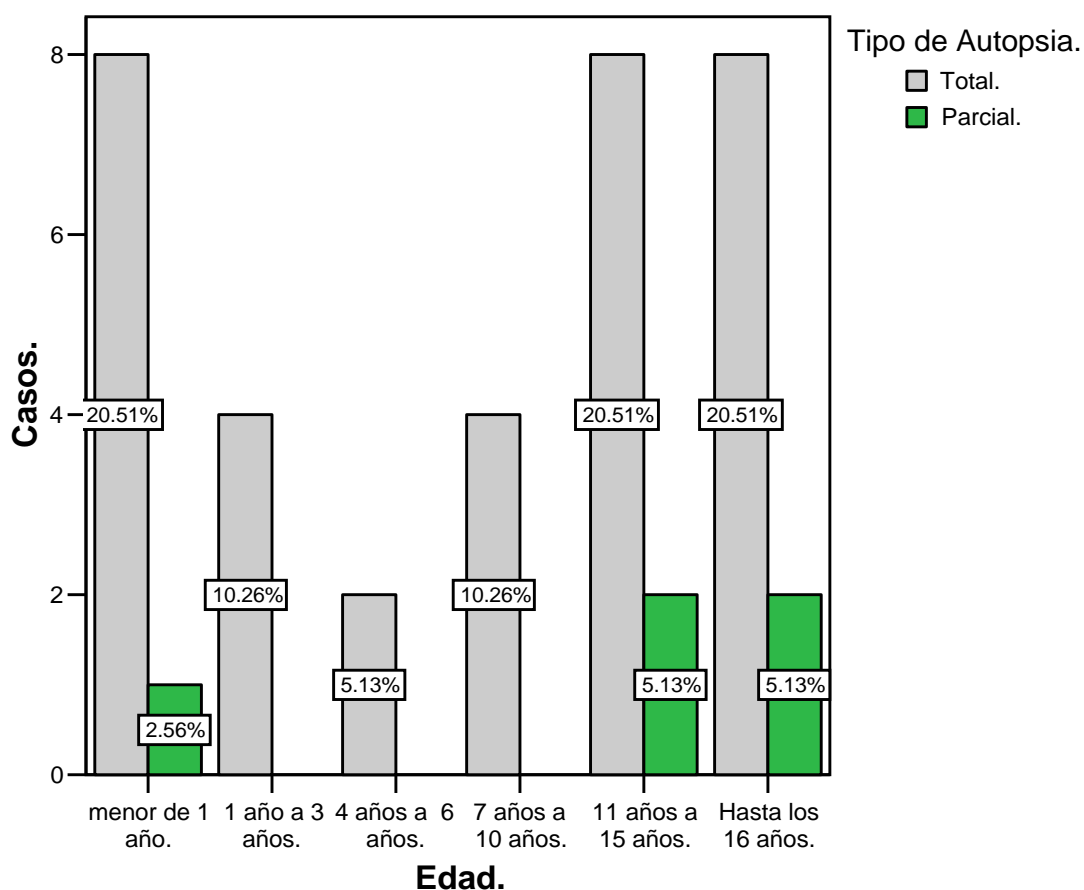
Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Grupos de edades según el tipo de autopsia en las víctimas.

En relación al tipo de autopsia practicada a los niños que ingresaron fallecidos al IML un 87.18 % fueron autopsia total. Las cuales fueron practicadas a niños entre las edades menor de un año para un 20.51 % entre 11 a 15 años y un 20.5 % hasta los 16 años de edad. (Se puede ver tabla en anexos, tabla No. 12).

Gráfico No. 12

Autopsia en la víctima según la edad.



Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

VII. Conclusión.

En el presente estudio realizado en el Instituto de Medicina Legal en el municipio de Managua- Nicaragua donde nuestra población de estudio fueron los casos de niños fallecidos por Maltrato Infantil, cumpliendo de manera fructífera cada uno de nuestros objetivos planteados proporcionando las siguientes conclusiones.

1. En cuanto al género de los casos tomados en nuestra muestra un 71.79% pertenecen al género masculino y un 28.21% al femenino.
2. En lo que respecta a la zona del deceso de las víctimas tomadas en la muestra un 82.05% pertenecen a la zona urbana y un 17.95% a la rural.
3. En lo que concierne a los agente lesivos más predominante en las víctimas tomadas en la muestra tenemos arma de fuego con un 25.64%, asfixia mecánica con un 23.08% y agente confuso con un 17.95% siendo estos los más relevantes.
4. Referente a la escolaridad de los niños fallecidos tomados en nuestro estudio un 30.77% pertenecen a la secundaria y un 20.51% a la primaria.
5. Con respecto al levantamiento de las víctimas tomadas en nuestro estudio un 61.54% fueron levantados por la policía y un 38.46% fueron por médico forense.
6. En cuanto a la hora de la muerte de las víctimas tomadas en nuestro estudio un 35.9% falleció entre las 12:00 am y las 6:00 am y un 28.21% entre 6:01 am y 6:00 pm.
7. En lo que corresponde a la relación de las víctimas con el agresor entre las más comunes tenemos un 25.64% por antisociales, un 12.82% por la madre y un 10.26% por el mismo siendo estos los más apreciables.
8. El mecanismo de muerte en las víctimas tomadas en la muestra las más comunes fueron a causa de Hemorragia por arma de fuego 25.64%, en segundo lugar tenemos politraumatismo con un 12.82% y en tercer lugar un 10.26% para las categorías de Hemorragia por arma blanca, Asfixia por ahorcamiento, Aborto provocado y Asfixia por sofocación respectivamente siendo estos los más relevantes.
9. Con respecto a la etiología médico legal en las víctimas un 71.79% fueron homicidas, un 12.82% fueron suicida y un 7.69% natural siendo estos los más relevantes.

10. Con relación al análisis toxicológico en las víctima un 89.74% se le encontró Alcohol etílico negativo, un 5.13% Alcohol etílico positivo y un 2.56% plaguicida (fosfina) y Droga de abuso (cocaína) respectivamente.
11. Con respecto al tipo de autopsia en las víctimas tomadas en nuestro estudio un 87.18% fue una autopsia total y un 12.82% fue parcial.

VIII. Recomendaciones.

La mejor manera de ayudar a detener el maltrato del niño/a es:

- Identificando los casos de maltrato.
- Realizando intervenciones en las situaciones detectadas, a través del gabinete o de docentes sensibles y capacitados.
- Derivando y/o denunciando los casos de maltrato a los organismos pertinentes.

Aquí proponemos algunas líneas de trabajo que la escuela puede desarrollar con los niños y sus familias:

- Realizar tareas de sensibilización y capacitación.
- Realizar talleres reflexivos.
- Desarrollar acciones de difusión y sensibilización entre los niños, las familias y la comunidad acerca de los derechos del niño.
- Articular con la currícula, actividades dirigidas a revisar el problema críticamente.
- Estimular la confianza y la autoestima de los niños/as.
- Para desarrollar con éxito la función preventiva, la escuela como institución debe ser capaz de revisar sus propias actitudes hacia el control de las conductas de los niños y adolescentes.
- Ofrecer a los alumnos el espacio y las oportunidades para experimentar formas no violentas de resolución de los conflictos. Llevar a cabo asambleas, consejos de aula y todo medio que estimule la participación democrática en la vida escolar.

IX. Bibliografía.

1. Juan Casada Flores – José A. Díaz Huertas- Carmen González. Niños Maltratados. 1ª ED. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos, S.A; 1997.
2. Eduardo Vargas Alvarado. Medicina legal. 2ª ED. México. Editorial Trillas, 1999.
3. Juan de Dios Casas Sánchez- María Soledad Rodríguez Albarran. Manual de Medicina Legal y Forense. 1ª ED. Madrid, España. Editorial Colex, 2000.
4. Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS UNAN-LEON. Informe sobre abuso sexual contra niñas, niños y adolescentes, Save the Children Noruega, Agosto 2006.
5. Julio Piura López. Metodología de la Investigación Científica: Un enfoque integrador. 1ª ED. Managua, Nicaragua, 2006.
6. Informe para la Consulta Regional de América Latina, estudio del Secretario general de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños. Save the Children Suecia, Buenos Aires, Argentina 2005.
7. Estado Mundial de la Infancia 2002. Capacidad de Liderazgo, UNICEF. Diciembre 2001.
8. Estado Mundial de la Infancia 2005. La Infancia amenazada, UNICEF. Diciembre 2004.
9. Estrategias para el tratamiento y la prevención del Maltrato Físico y Negligencia hacia el menor. Federación Internacional de Planificación de la Familia Región del Hemisferio Occidental. Marzo 1992.

X. Anexos.

FORMULARIO CLINICO.

I. SITUACION SOCIODEMOGRAFICA.

Mes.	Año.	Código.	Edad.	Sexo.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				M F

ESCOLARIDAD:

Secundaria.	<input type="text"/>	Primaria.	<input type="text"/>	Analfabeta.	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-----------	----------------------	-------------	----------------------

ZONA DONDE OCURRIO EL DECESO:

Rural.	<input type="text"/>	Urbana.	<input type="text"/>	Distrito.	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------	----------------------	-----------	----------------------

II. ASPECTO MEDICO LEGALES.
AGENTE LESIVO.

Arma blanca.	Arma de fuego.	Agente Químico.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Agente biológico.	Intoxicaciones.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Asfixia mecánica.	Agente físico.	Agente contuso.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No reportado.		
<input type="text"/>		

LEVANTAMIENTO REALIZADO POR:

Médico Forense.

Policía.

☐☐

HORA APROXIMADA DE LA MUERTE: _____

RELACION DE LA VICTIMA CON EL AGRESOR.

Padre.

Madre.

Tíos.

Abuelos.

☐☐☐☐

Padrastro

Madrastra.

Antisociales.

Otros.

☐☐☐☐

MECANISMO DE LA MUERTE:

Hemorragia por
Arma de fuego.

Hemorragia por
Arma blanca.

Asfixia por sumersión

☐☐☐

Asfixia por ahorcamiento.

Intoxicación.

No reportados.

☐☐☐

Aborto provocado.

Asfixia por sofocación.

Negligencia por

Falta de tutela.

☐☐☐

ANÁLISIS TOXICOLÓGICO.

Alcohol etílico Positivo.

☐

Alcohol etílico Negativo.

☐

Plaguicida (Fosfina).

☐

Drogas de abuso (Cocaína).

☐

TIPOS DE AUTOPSIAS REALIZADAS:

Parcial. ☐

Total. ☐

Reconocimiento externo. ☐

ETIOLOGÍA MEDICO LEGAL DEL FALLECIMIENTO:

Homicida.

☐

Suicidad.

☐

Natural.

☐

Accidental.

☐

No determinada.

☐

Tabla No. 1

Edad.	Género.				Total.	Total %
	Masculino.		Femenino.			
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 1año.	5	12.82	4	10.26	9	23.08
1 año a 3 años.	2	5.13	2	5.13	4	10.26
4 años a 6 años.	1	2.56	1	2.56	2	5.13
7 años a 10 años.	2	5.13	2	5.13	4	10.26
11años a 15 años.	8	20.51	2	5.13	10	25.64
Hasta los16 años.	10	25.64	0	0.00	10	25.64
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 2

Edad.	Zona del deceso.				Total.	Total %
	Urbana.		Rural.			
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 1año.	6	15.38	3	7.69	9	23.08
1 año a 3 años.	3	7.69	1	2.56	4	10.26
4 años a 6 años	1	2.56	1	2.56	2	5.13
7años a 10 años.	3	7.69	1	2.56	4	10.26
11años a 15 años.	9	23.08	1	2.56	10	25.64
Hasta los16 años.	10	25.64	0	0.00	10	25.64
Total	32	82.05	7	17.95	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 3

Agente lesivo.	Género.				Total.	Total %
	Masculino.		Femenino.			
	Nº	%	Nº	%		
Arma blanca.	2	5.13	1	2.56	3	7.69
Arma de fuego.	10	25.64	0	0.00	10	25.64
Agente Químico.	2	5.13	1	2.56	3	7.69
Agente biológico.	1	2.56	1	2.56	2	5.13
No reportado.	1	2.56	0	2.56	2	5.13
Asfixia mecánica.	8	20.51	1	2.56	9	23.08
Agente eléctricos	1	2.56	2	5.13	3	7.69
Agente contuso.	3	7.69	4	10.26	7	17.95
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 4

Escolaridad.	Género.					Total %
	Masculino.		Femenino.		Total	
	Nº	%	Nº	%		
Secundaria.	10	25.64	2	5.13	12	30.77
Primaria.	5	12.82	3	7.69	8	20.51
No reportado.	5	12.82	0	0.00	5	12.82
No aplica.(Edad no escolar)	8	20.51	6	15.38	14	35.9
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 5

Levantamiento.	Género.					Total %
	Masculino.		Femenino.		Total.	
	Nº	%	Nº	%		
Médico Forense.	10	25.64	5	12.82	15	38.46
Policía.	18	46.15	6	15.38	24	61.54
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 6

Hora de la Muerte.	Género.					Total %
	Masculino.		Femenino.		Total	
	Nº	%	Nº	%		
12:00 am - 6:00 am.	13	33.33	1	2.56	14	35.9
6:01am - 6:00pm	4	10.26	7	17.95	11	28.21
6:01 pm - 12:00pm.	5	12.82	0	0.00	5	12.82
No reportado.	4	10.26	3	7.69	7	17.95
1-2 días.	1	2.56	0	0.00	1	2.56
Exhumación.	1	2.56	0	0.00	1	2.56
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 7.

Agresor	Edad													Total %
	Menor de 1año		1 año a 3 años		4 años a 6 años		7 años a 10 años		11 años a 15 años		Hasta los 16 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Madre	3	7.69	1	2.56	1	2.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	12.82
Tíos	1	2.56	1	2.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	5.13
Abuelos	1	2.56	1	2.56	0	0.00	0	0.00	1	2.56	0	0.00	3	7.69
Padrastro	0	0.00	1	2.56	1	2.56	1	2.56	0	0.00	0	0.00	3	7.69
No reportado	3	7.69	0	0.00	0	0.00	2	5.13	3	7.69	2	5.13	10	25.64
Antisociales	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	12.82	5	12.82	10	25.64
Padre	1	2.56	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.56	2	5.13
Por el mismo	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	2.56	1	2.56	2	5.13	4	10.26
Total	9	23.08	4	10.26	2	5.13	4	10.26	10	25.64	10	25.64	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 8

Mecanismo de Muerte.	Género.					Total %
	Masculino.		Femenino.		Total	
	Nº	%	Nº	%		
Hemorragia por arma de fuego.	10	25.64	0	0.00	10	25.64
Hemorragia por arma blanca.	2	5.13	2	5.13	4	10.26
Asfixia por sumersión.	1	2.56	0	0.00	1	2.56
Asfixia por ahorcamiento.	4	10.26	0	0.00	4	10.26
Politraumatismo.	3	7.69	2	5.13	5	12.82
Intoxicación.	2	5.13	1	2.56	3	7.69
No reportados.	2	5.13	0	0.00	2	5.13
Aborto provocado.	1	2.56	3	7.69	4	10.26
Asfixia por sofocación.	3	7.69	1	2.56	4	10.26
Negligencia por falta de tutela.	0	0.00	2	5.13	2	5.13
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 9

Etiología Medico Legal.	Género.					Total %
	Masculino.		Femenino.		Total	
	Nº	%	Nº	%		
Homicida.	20	51.28	8	20.51	28	71.79
Suicida.	5	12.82	0	0.00	5	12.82
Accidental.	0	0.00	1	2.56	1	2.56
Natural.	1	2.56	2	5.13	3	7.69
No determinada.	2	5.13	0	0.00	2	5.13
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 10

Análisis Toxicológico.	Género.				Total.	total %
	Masculino.		Femenino.			
	Nº	%	Nº	%		
Alcohol etílico Positivo.	2	5.13	0	0.00	2	5.13
Alcohol etílico Negativo.	24	61.54	11	28.21	35	89.74
Plaguicida (Fosfina).	1	2.56	0	0.00	1	2.56
Drogas de abuso (Cocaína).	1	2.56	0	0.00	1	2.56
Total.	28	71.79	11	28.21	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 11

Edad	Análisis Toxicológico									Total %
	Alcohol etílico Positivo		Alcohol etílico Negativo		plaguicida (Fosfina)		Droga de abuso (Cocaína)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Menor de 1año.	0	0.00	9	23.08	0	0.00	0	0.00	9	23.08
1 año a 3 años.	0	0.00	3	7.69	1	2.56	0	0.00	4	10.26
4 años a 6 años.	0	0.00	2	5.13	0	0.00	0	0.00	2	5.13
7años a 10años.	0	0.00	4	10.26	0	0.00	0	0.00	4	10.26
11años a 15 años.	2	5.13	8	20.51	0	0.00	0	0.00	10	25.64
Hasta los16 años.	0	0.00	9	23.08	0	0.00	1	2.56	10	25.64
Total.	2	5.13	35	89.74	1	2.56	1	2.56	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.

Tabla No. 12

Edad.	Tipo de Autopsia.					Total %
	Total.		Parcial.		Total.	
	Nº	%	Nº	%		
Menor de 1año.	8	20.51	1	2.56	9	23.08
1 año a 3 años.	4	10.26	0	0.00	4	10.26
4 años a 6 años.	2	5.13	0	0.00	2	5.13
7años a 10años.	4	10.26	0	0.00	4	10.26
11años a 15años.	8	20.51	2	5.13	10	25.64
Hasta los16 años.	8	20.51	2	5.13	10	25.64
Total	34	87.18	5	12.82	39	100.00

Fuente: Área de estadística forense del Instituto de Medicina Legal.